N. 2

DES SOINS

QUE RÉCLAME

LA FEMME EN COUCHES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 8 JANVIER 1876

PAR ÉMILE DUCROS

Né à Vernoux (Ardèche)

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON (CONCOURS 1872)
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU
Rue des Casernes, 7, près la Grand'Poste

1876

MEIS ET AMICIS

É. DUCROS.

AVANT-PROPOS

Si le médecin praticien doit étudier avec soin tout ce qui a trait à l'art de guérir, il ne doit pas négliger non plus cette partie des sciences médicales qui a pour but de prévenir les maladies.

L'hygiène, trop délaissée, n'a pris que dans ces dernières années la place qu'elle devait occuper dans les Facultés, en attendant qu'elle s'introduise comme science dans le monde: trop rarement, en effet, pour ne pas dire jamais, le médecin est consulté sur ces questions, où seul il est compétent. Cependant le sujet que nous avons choisi est un de ceux où le praticien a le plus souvent à intervenir; aussi doit-il le connaître complétement. Dans aucun cas, peut-être, son intervention n'est plus sérieuse. On confie à son expérience l'être de qui dépend le bonheur et l'avenir de la famille. La santé de l'enfant qui vient de naître est intimement liée à celle de la mère qui l'allaite. Soigner la mère, c'est soigner l'enfant. Mais l'accouchement a remué jusque dans ses fondements l'organisme de la femme déjà affaiblie par la gestation; et la maladie, qui guette par toutes les portes la nouvelle accouchée, peut faire invasion à la suite de la moindre faute, du plus petit écart de régime.

On ne saurait se figurer combien peu sont suivies, à la campagne, les règles de l'hygiène, et le nombre de victimes qui résulte de ces violations, dans un milieu où il semblerait que les suites de couches ne dussent jamais avoir de terminaison funeste. On peut affirmer, sans crainte de se tromper, que le presque unanimité des accidents survenant à la suite d'un accouchement qui n'a pas nécessité d'intervention grave, est due à une infraction aux lois de l'hygiène. Ce sont là les raisons qui m'ont engagé à traiter ce sujet. Puisse l'approbation de mes Juges justifier mon choix et couronner mes efforts !

Division. — Notre travail est divisé en trois chapitres : dans le premier, nous étudions l'état de la femme en couches et l'évolution vers l'état normal des organes modifiés par la grossesse. Cette étude nous était nécessaire pour bien comprendre les indications que réclame la puerpéralité.

Dans le deuxième, nous traitons de l'hygiène proprement dite, c'est-à-dire de la femme en couches en général.

Dans le troisième, nous passons en revue les soins qu'exigent les phénomènes puerpéraux et quelques complications qui, ne rentrant pas dans le domaine de la pathologie, ne réclament que des précautions hygiéniques.

DES SOINS

QUE RÉCLAME

LA FEMME EN COUCHES

CHAPITRE PREMIER

PHÉNOMÈNES PUERPÉRAUX

Nous examinerons dans ce chapitre l'état de la femme immédiatement après l'accouchement, et nous étudierons rapidement les modifications des organes pendant les suites de couches. Cette étude nous permettra de poser plus sûrement les règles qui doivent guider le médecin pendant la puerpéralité. Nous ne prétendons pas faire une étude complète des transformations successives par lesquelles passent les organes, modifiés pendant la grossesse, pour revenir à leur état normal.

Nous n'examinerons que ce qui touche directement à notre sujet par les conclusions pratiques que nous pouvons en tirer. Ainsi nous négligerons le mécanisme des altérations que subit l'utérus : cette question ne présente qu'un intérêt scientifique. C'est à la constatation pure et simple des faits que nous nous arrêterons.

Les phénomènes qui accompagnent les couches sont locaux ou généraux. Les phénomènes locaux ont deux siéges : d'abord du côté des organes génitaux qui, ayant rempli leurs fonctions, tendent à revenir à leur état normal ; ensuite du côté des mamelles, par l'établissement de la sécrétion lactée. Les phénomènes physiologiques qui se passent dans ces deux séries d'organes sont complémentaires, les mamelles devant achever la tâche commencée par l'utérus. Quant aux phénomènes généraux, ils ont surtout leur siége dans le système circulatoire.

Le retour de l'utérus à son état normal ne se fait que lentement et par degrés. Immédiatement après l'accouchement, on sent dans le bas-ventre une tumeur dure, résistante, arrondie, du volume de la tête d'un enfant, que l'on délimite facilement par la palpation et la percussion. Elle remonte à 11 ou 12 centimètres au-dessus du pubis.

M. Fleetwood Churchill a étudié, sur 20 multipares et 18 primipares, les modifications des diamètres de l'utérus. Quoique sa statistique ne repose que sur un nombre de faits très-restreint, on doit considérer les résultats qu'il rapporte comme indiquant une moyenne approximative suffisante pour la pratique. Voici ses résultats : le fond de l'utérus, au moment du travail, s'élève en général de 21 ou 22 centimètres au-dessus du pubis. Son diamètre transversal est environ de 16 à 18 centimètres. Après la sortie des caillots qui suivent l'expulsion du placenta, le diamètre vertical n'est plus que à 11 ou 12 centimètres au-dessus du pubis. Le diamètre transverse ne dépasse pas 9 à 10 centimètres. La contraction est à ce moment très-énergique, spasmodique; mais pendant les quelques heures qui suivent la délivrance, l'utérus, fatigué, se relâche lentement, et son volume augmente. Ses diamètres atteignent, le vertical 13 à 14 centimètres, le transversal 11 à 12.

Le deuxième jour, les diamètres ont de un à un et demi centimètre de moins. Le troisième jour on ne constate pas de modi-

fications, à moins que la femme n'ait eu de fortes tranchées accompagnées d'un écoulement lochial abondant ou d'expulsion de caillots. Non-seulement jusqu'au troisième jour et demi l'utérus reste stationnaire dans ses dimensions, mais encore il paraît plus mou, moins arrondi. Ce temps correspond à l'établissement de la sécrétion lactée. Comme on le voit, dans cette première période les modifications utérines se font d'une manière irrégulière ; mais à partir du troisième ou du quatrième jour, il n'y a plus d'interruption, à moins que des causes pathologiques ne viennent entraver une marche continue et régulière. Dès la fin du quatrième jour, le fond de l'utérus est à 6 ou 7 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. Pendant chacun des jours suivants, la différence constatée oscille entre un et un et demi centimètre. Le sixième jour, on trouve l'utérus dur, et la face antérieure est moins convexe ; il s'élève à 4 ou 5 centimètres. Sa disparition derrière la symphyse pubienne n'arrive que vers le dixième ou le onzième jour, et si les parois abdominales sont flasques et relâchées, on peut encore trouver le fond de la matrice dans l'excavation du petit bassin. Chez les primipares, la disparition derrière la symphyse a lieu plus tôt que chez les pluripares. Chez les premières c'est du dixième au douzième jour ; chez les dernières, ce n'est que du treizième au quatorzième jour que cette disparition s'effectue.

A cette époque, l'utérus est encore loin d'avoir atteint son volume normal. D'après Churchill, ce n'est que vers la fin du deuxième mois que le travail de retrait est achevé. Mais vers la sixième semaine, le retour des règles, chez les femmes qui n'allaitent pas, indique la reprise des fonctions physiologiques.

En même temps que le corps de l'utérus subit les modifications que nous venons d'indiquer, le col éprouve des changements que nous allons examiner rapidement. Pendant l'accouchement, le col s'est complétement effacé ; mais après la délivrance il se reforme et fait saillie d'environ 15 à 18 millimètres. Il est mou

au toucher, et son tissu se distingue à peine de celui du vagin. La contraction des fibres musculaires diminue fortement le calibre de l'orificeutérin, qui ne mesure plus alors que deux centimètres environ à sa partie interne (Négrier). A ce moment, il admet facilement l'introduction du doigt indicateur, mais on ressent une certaine résistance élastique, qui se laisse du reste vaincre assez facilement pour le passage des caillots sanguins. Ce retrait de l'orifice utérin serait plus lent et moins complet chez les pluripares.

Le premier effet de cette contraction est de faire disparaître les plaies du col en rapprochant au contact les lèvres des petites déchirures produites par le passage de l'enfant, facilitant ainsi la réunion par première intention. Aussi leur cicatrisation est-elle généralement complète au huitième jour, par exception au quinzième ou au vingtième. La muqueuse cervicale interne est molle, tomenteuse et remplit de ses replis verticaux le calibre du col. Les jours suivants, le museau de tanche, reformé, acquiert plus de consistance, et le doigt, vers le dixième jour, n'atteint qu'avec peine l'orifice interne.

Le col termine son évolution, en même temps que le reste de l'utérus, vers la sixième semaine ; mais son orifice externe, au lieu d'être circulaire, comme il l'est chez la jeune fille vierge, se présente sous la forme d'une fente transversale à lèvres déchiquetées par les traces cicatricielles des déchirures produites par le passage de l'enfant.

Je laisse de côté les théories que l'on a tour à tour soutenues pour expliquer cette atrophie physiologique de l'utérus. Aucune n'est assez généralement admise, pas plus cette hypothèse grossière, qui compare la matrice à une éponge, que la théorie plus scientifique de la régression graisseuse des éléments histologiques et de la rénovation en totalité du tissu utérin, idée combattue par Robin, qui soutient la diminution simple du volume de ces mêmes éléments. Ces faits n'intéres-

sent, du reste, que la science, et je ne dois pas oublier que je veux me restreindre aux considérations ayant un but pratique.

Etat de la surface interne de l'utérus après l'accouchement. — Je vais, en quelques mots, esquisser l'état de la surface interne de l'utérus. Cette étude se divise en deux parties :

1° L'examen de la surface d'insertion du placenta ;

2° Celui du reste de la surface et l'évolution de la nouvelle muqueuse.

Insertion du placenta. — Le gâteau placentaire détermine, par sa séparation après la délivrance, une vaste plaie arrondie offrant les orifices béants d'un grand nombre de sinus veineux. La muqueuse à ce niveau ne suit pas les modifications que nous étudierons dans l'autre partie pour le reste de la surface utérine. Elle ne devient pas caduque, son épithélium hypertrophié, seul s'exfolie, ainsi que l'ont démontré les travaux de Robin. Sous l'influence des contractions de l'utérus, cette surface diminue rapidement, elle devient ovale, à grand diamètre vertical. En même temps, la muqueuse, parcourue encore par de nombreux sinus veineux obstrués par des caillots sanguins, gagne en épaisseur et fait saillie, au bout de quelques jours, de 15 à 18 millimètres. Cet épaississement est dû au tassement de la muqueuse par la rétraction de la matrice. La surface anfractueuse et mamelonnée devient brunâtre et prend une consistance pultacée. A l'examen direct, on voit les caillots fibrineux, grisâtres, qui oblitèrent les sinus. Ils sont fermes et cylindriques, et peuvent persister jusqu'au vingt-cinquième jour après l'accouchement.

Ce relief que forme la muqueuse se prolonge jusqu'à ce que l'utérus soit revenu à son volume normal; même on peut encore, après un temps fort long, reconnaître les traces de l'insertion placentaire.

Comme le fait remarquer Joulin, il est important, au point de vue pratique, de ne pas prendre ce relief pour des débris du placenta. Les désordres les plus graves, des hémorrhagies épouvantables pourraient être la conséquence d'une pareille erreur, qui du reste n'a pas, que je sache, été commise.

Evolution de la muqueuse.— On sait, depuis les travaux de Coste et surtout de Robin, que cette partie de la muqueuse, unie avec le feuillet réfléchi, est destinée à former la troisième membrane de l'œuf désignée sous le nom de *caduque*. L'union est complète vers le troisième mois. A ce moment, la muqueuse utérine subit d'importantes modifications dans tous ses éléments. Vers le quatrième mois, elle devient anhyste et perd de son adhérence avec la surface interne de l'utérus. Robin en a très-bien fait voir la cause en démontrant à cette époque la formation d'une exsudation plastique destinée à former les éléments d'une nouvelle muqueuse ; aussi, lorsque, à la fin de la gestation, la caduque est rejetée au-dehors dans l'acte de la délivrance, le tissu musculaire ne se trouve pas à nu, mais il est recouvert par une membrane épaisse de 1 à 2 millimètres, n'offrant encore aucune organisation. On voit au milieu de ce tissu amorphe un nombre considérable de vaisseaux très-délicats, ce qui donne à cette couche un aspect rougeâtre. Cette disposition explique la facilité avec laquelle se produisent les hémorrhagies à la suite des couches. La reconstitution de cette nouvelle muqueuse n'est complète que vers le soixantième jour. Déjà, au vingtième, la couche épithéliale est complète, elle avait débuté au neuvième.

La muqueuse cervicale ne subit pas les transformations que nous venons d'indiquer. Elle se boursoufle, se ramollit par l'effet d'une exsudation plastique.

La sécrétion de ces follicules est augmentée et forme le bouchon qui obture le col pendant la grossesse. La ligne de

démarcation avec la muqueuse utérine est facile à reconnaître après l'accouchement : elle est ondulée, présentant des lambeaux de la caduque. Il arrive qu'après l'évolution complète de la nouvelle muqueuse cette délimitation est marquée par des inégalités simulant une reprise faite dans une étoffe de laine (Raciborski). Le plus souvent, l'ouvrier est plus habile, et il ne reste, après la régénération complète, aucune trace de cette séparation.

Nous arrivons maintenant à l'étude de deux phénomènes très-importants qui accompagnent les modifications des organes génitaux. Je veux parler :

1° Des contractions utérines, des douleurs ou tranchées ;

2° Des lochies.

Tranchées. — Nous avons dit qu'après la délivrance, l'utérus se présentait sous la forme d'une tumeur globuleuse dure. C'est à la contraction des fibres musculaires qu'il doit cette dureté et la diminution rapide de son volume. Pour s'en convaincre, on n'a qu'à porter la main sur l'abdomen au moment d'une douleur, et l'on sent l'utérus se durcir et diminuer de volume. Aussi longtemps que l'utérus n'est pas irrité par la présence d'un corps étranger, caillots sanguins ou débris du placenta, cette contraction tonique ne s'accompagne pas de douleur ; si, au contraire, cette contraction est excitée par une cause quelconque, des douleurs surviennent, on les a désignées sous le nom de *tranchées*.

On peut les provoquer artificiellement par des pressions sur l'utérus à travers les parois abdominales. C'est un moyen employé avec succès dans les cas d'inertie. Or, il arrive qu'après la délivrance une quantité de sang plus ou moins considérable s'épanche dans la cavité de la matrice. Aussi voit-on apparaître, 30 ou 40 minutes après l'accouchement, de ces contractions douloureuses partant du fond de l'utérus au niveau de

l'ombilic et s'irradiant vers la région sacrée. Elles sont généralement dues aux efforts que fait l'utérus pour se débarrasser du sang qui encombre sa cavité. Elles persistent pendant les 30 ou 40 premières heures qui suivent l'accouchement.

D'après tous les auteurs qui ont écrit sur la matière, ces douleurs *post partum*, presques nulles chez les primipares, seraient plus vives et plus persistantes chez les multipares. Joulin regarde cette assertion comme inexacte ; il s'exprime ainsi : « C'est encore là une de ces assertions traditionnelles que tout » le monde répète, et qui n'ont d'autre garant que leur anti» quité. J'ai cherché à vérifier cette opinion, et j'avoue que je » crois que, si parfois elle est exacte, les faits lui donnent de » si fréquents démentis que l'on ne peut guère lui accorder » d'importance. » En présence d'affirmations aussi contradictoires, j'ai cherché à vérifier par moi-même l'exactitude de l'une ou de l'autre de ces assertions. Le nombre de faits observés par moi est trop restreint pour que j'ose donner une opinion. Cependant je dois dire que chez presque toutes les primipares que j'ai observées, ces douleurs ont apparu avec une certaine intensité.

Les causes qui peuvent déterminer l'apparition des tranchées sont multiples. On doit placer au premier rang la présence de caillots sanguins, le séjour de membranes ou de débris du placenta dans la cavité utérine, la compression de voisinage, la sensibilité exagérée de la matrice. L'application de l'enfant à la mamelle produit parfois, par action réflexe, la contraction douloureuse de l'utérus.

L'intermittence et l'absence de fièvre serviront de moyens diagnostiques entre les tranchées et les affections inflammatoires des organes contenus dans la cavité abdominale. De plus, la pression soulage les douleurs dues aux contractions de l'utérus, au lieu de les exagérer. On a encore signalé des douleurs irradiées tenant très-probablement à la compression des nerfs par

le passage de la tête de l'enfant dans la filière pelvienne. Dans quelques cas, on les a vues apparaître au niveau du coccyx, à la base du sacrum. Cette douleur très-pénible est continue. Dewees, cité par Cazeaux, a préconisé contre ces douleurs l'opium et le camphre réunis. Joulin a retrouvé ces douleurs au niveau du trou sous-pubien.

Lochies. — On désigne sous le nom de lochies les écoulements qui ont lieu par l'orifice valvulaire après la délivrance.

Les lochies n'ont pas, pendant les suites de couches, le même caractère. Elles se modifient en même temps que la surface utérine, et les modifications qu'elles subissent leur ont valu différents noms. Aussitôt après la délivrance, les sinus béants au niveau de l'insertion placentaire, ainsi que les ruptures vasculaires qui peuvent s'être opérées en divers points de la paroi utérine, laissent échapper une quantité plus ou moins considérable de sang liquide mélangé de caillots. Ce sang, dans les premiers moments, a la même composition que le sang de la mère, puis les globules blancs prédominent et atteignent de 5 à 10 p. 100 de globules rouges. Cette première phase de l'écoulement puerpéral constitue les *lochies rouges* ou *sanguinolentes*.

Leur durée est de 15 à 24 heures environ. Puis, sous l'influence des contractions utérines, les orifices des sinus diminuent de calibre, les globules rouges ne passent plus qu'en quantité de moins en moins considérable, l'écoulement tend à devenir séreux ou séro-muqueux. Il est alors formé par l'exsudation qui se fait à la surface de la muqueuse incomplétement organisée, et non encore recouverte de son épithélium. Elles ont alors l'aspect de la lavure de chair. Ce sont les *lochies séreuses*. Elles renferment un grand nombre de cellules épithéliales. Elles conservent ce caractère jusqu'à la fin de la fièvre de lait. A ce moment les lochies deviennent blanchâtres, pu-

riformes, *laiteuses*, comme on disait autrefois. En même temps, elles prennent une odeur forte, *sui generis*, que Levret a vainement essayé de caractériser en la désignant sous le nom de lymphatico-spermatique. C'est tout simplement une odeur de lochies ne se rapportant à aucune autre odeur connue, *gravis odor puerperii*, comme disaient les anciens.

Dans cette troisième phase de l'écoulement puerpéral, on trouve à l'examen microscopique une grande quantité de leucocytes qui se produisent au niveau de la surface du placenta où se forme du pus, dilué ensuite par les mucosités que sécrète le reste de la muqueuse. On croyait autrefois que les lochies blanches étaient de la même nature que le lait. Cette erreur n'a plus besoin d'être réfutée aujourd'hui.

Il est impossible de fixer un nombre de jours correspondant à la durée des lochies. Elles durent de vingt à quarante jours. La moyenne est d'environ quatre semaines. Churchill a vu cet écoulement cesser peu de jours après la délivrance ; mais il fait remarquer que c'était chez des femmes accouchées d'enfants morts-nés. Il n'existe pas d'observation authentique prouvant l'absence des lochies.

L'abondance des lochies varie beaucoup, et il est impossible d'en donner une idée approximative. D'après Cazeaux, l'accouchée salirait douze serviettes dans les vingt-quatre heures qui suivent la délivrance, huit dans la deuxième journée, six dans la troisième, quatre dans la quatrième et deux dans les jours suivants. Ce moyen grossier d'appréciation ne saurait inspirer aucune confiance. La quantité des lochies n'est pas la même pendant toute la durée des couches. La courbe générale va progressivement en décroissant, mais des variations accidentelles amènent quelques modifications. On voit généralement les lochies diminuer beaucoup ou même se suspendre totalement pendant la fièvre de lait. Il arrive qu'après cette fièvre survient un nouvel écoulement sanguin de peu de durée. Le médecin doit

être prévenu,afin dc ne pas se hâter de croire à une hémorrhagie.

On a dit que les femmes pléthoriques ayant des menstrues abondantes, et surtout celles qui sont soumises à un régime nourrissant, avaient un écoulement loehial plus abondant. (Nægele). Je crois que cette affirmation est plutôt une vue théorique qu'un fait bien eonstaté.

Joulin dit n'avoir constaté aucune variation amenéc par le régime. Au contraire, chez les personnes lymphatiques, délicates, alors que l'utérus a de la peine à revenir sur lui-même, on constate une exagération du flux menstruel. Nægele regarde eneore les lochies comme complémentaires des autres séerétions; ainsi, lorsque les glandes sudoripares ou les mamelles ne sécrètent pas assez aetivement, l'écoulement puerpéral dcvient plus abondant. Le fait est très-diffieilc à constater, à eause de l'imperfeetion des moyens d'appréciation.

M. Nægele n'a peut-être fait que de la théorie. Nous ferons justice plus tard de cette prétendue pléthore des femmes en couches, pour laquelle auraient été ereées les lochies.

Un fait qu'on s'accorde généralement à regarder comme vrai, c'est que ehez les femmes qui allaitent l'écoulement *post partum* serait moins abondant et aurait une durée moindre que chez eelles qui ne nourrissent pas. Stoltz en a donné une explication qui me paraît satisfaisante. On connaît les sympathies qui unissent les seins à la matrice ; sous l'influence des titillations du mamelon par la succion, il se produirait des contractions de l'utérus plus énergiques, et l'on sait qu'elles pcuvent devenir douloureuses. Par suite de ces contractions, l'utérus accomplirait ses évolutions d'une manière plus rapide, et comme les lochies sont dues aux modifieations de l'utérus et non de l'état général, on comprend facilement les relations que nous venons d'établir.

Retour à l'état normal des autres organes modifiés pendant la grossesse. — Péritoine.— Cette séreuse a suivi le mouvement de dilatation de l'utérus. Le péritoine a dû s'élargir, et à mesure que la matrice revient sur elle-même, il suit progressivement ce mouvement de retrait. Les ligaments larges qui s'appliquaient sur les parois latérales de l'utérus reviennent peu à peu à leur position normale. Les trompes, les ovaires qui pendaient de chaque côté du globe utérin, finissent par reprendre leur position horizontale.

Une remarque qui donne lieu à des considérations pratiques d'une haute importance est relative aux moyens d'attache de la matrice. Tous ces ligaments ont été fortement allongés pendant la grossesse. Cette observation est vraie, surtout pour les ligaments ronds et larges ; et quoiqu'il rentre dans leur tissu des fibres musculaires lisses, ils ne peuvent suivre le mouvement de rétraction brusque de la matrice immédiatement après l'expulsion de l'enfant ; ils ne reviennent que lentement sur eux-mêmes, en sorte qu'ils ne fixent que très-imparfaitement le globe utérin, qui flotte, pour ainsi dire, librement au milieu des organes mobiles du bas-ventre. Il existe alors une fâcheuse prédisposition aux déplacements. De là des déviations fréquentes de l'utérus consécutives aux accouchements. En effet, ce n'est guère que chez les femmes qui ont eu un ou plusieurs accouchements que l'on trouve les changements partiels ou totaux de l'organe gestateur.

Le canal vaginal, la vulve, ont subi pendant le passage de l'enfant une forte distension. Celle-ci même a été plus ou moins déchirée. Le périnée a subi la même influence. Toutes ces parties reviennent assez rapidement à leur état physiologique. Il arrive cependant que le vagin ne reprend pas complétement son calibre primitif et que son tissu reste plus ou moins flasque.

Après plusieurs accouchements, on voit souvent la paroi postérieure du vagin former un bourrelet en arrière de la vulve.

Après un premier accouchement, les parois abdominales reviennent à peu près complétement sur elles-mêmes, excepté chez quelques femmes à peau molle et flasque.

Les marbrures qu'on a désignées sous le nom de vergetures persistent indéfiniment. Le lacis fibreux qui compose la ligne blanche est toujours plus ou moins tiraillé pendant la grossesse; ses mailles s'agrandissent par un mécanisme qu'explique la disposition anatomique de la région. De là, une prédisposition aux éventrations malheureusement trop fréquentes chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants. On sait qu'il se produit pendant la grossesse du pigment quelquefois en quantité considérable. Les seins, la ligne blanche, sont le siége de prédilection. La face est souvent couverte de taches de rousseur. Ces phénomènes de pigmentation persistent indéfiniment.

Lactation. — Le troisième phénomène qui accompagne les couches est l'établissement de la sécrétion lactée. L'enfant qui s'est développé dans le ventre de la mère possède, au moment de l'accouchement, des organes trop délicats pour qu'ils puissent fonctionner et s'assimiler les aliments végétaux ou animaux dont l'homme se nourrit. La nature lui a ménagé une transition: c'est encore le sang de la mère qui doit fournir à sa première nourriture. Ce sang subit une élaboration à laquelle président une fonction et des organes spéciaux. La fonction est la *lactation*, les organes sont les *mamelles* ou *seins*, et le produit est le *lait*.

Les glandes mammaires n'ont pas attendu l'accouchement pour se préparer à remplir leur nouvelle fonction. Déjà, pendant la grossesse, elles se sont progressivement gonflées, et à la fin de la gestation on peut faire sourdre un liquide blanc jaunâtre, d'une saveur sucrée, contenant une grande quan-

tité de matières grasses qui se présentent à l'examen sous la forme de globules granuleux : c'est le *colostrum*.

Cette sécrétion augmente après l'accouchement, alors que les fluides nourriciers qui se dirigeaient vers l'utérus affluent du côté des seins. Vers la fin du deuxième ou du troisième jour, l'établissement de la lactation est accompagné souvent de phénomènes particuliers, auxquels on a donné le nom de fièvre de lait. A ce moment les seins se gonflent, deviennent durs; les veines mammaires se dessinent sous la peau ; les ganglions axillaires participent à cette turgescence, ils deviennent douloureux, et la femme est obligée d'écarter les bras. Un léger mouvement fébrile se manifeste, la température n'excède pas 38 ou 39°. Si le thermomètre s'élevait au-dessus, il faudrait en chercher la cause ailleurs que dans l'établissement de la sécrétion lactée. Il y a de la céphalalgie, de l'inappétence, de la soif. Le pouls est fréquent, plein ; il atteint 80 à 100 pulsations ; pendant ce temps, l'écoulement lochial diminue ou même disparaît.

Cet appareil symptomatique se dissipe au bout de 24 à 48 heures. Telle est, en quelques mots, la fièvre de lait dans ses manifestations les plus complètes. Mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi : elle peut faire complétement défaut ou être si légère qu'elle passe tout à fait inaperçue. Généralement, elle est plus intense chez les femmes qui n'allaitent pas, ce qu'on doit attribuer à la distension des mamelles par l'accumulation du produit de la sécrétion.

Je n'ai pas à faire l'histoire complète de la fièvre de lait. Je me borne à ces quelques indications, qui suffisent au praticien pour établir le diagnostic d'avec les autres affections puerpérales fébriles. Je laisse de côté ce qui a trait au lait : il ne rentre pas dans le cadre de notre travail, déjà trop vaste, d'étudier ce qui regarde l'enfant et l'hygiène de l'allaitement.

Chez la femme qui n'allaite pas, la sécrétion lactée diminue peu à peu et finit par disparaître au bout de 8 à 15 jours. Mais

longtemps encore, en pressant le mamelon, on peut faire sortir quelques gouttes de lait. Il n'en est cependant pas toujours ainsi. Malgré le défaut d'allaitement, le lait peut continuer à être sécrété en grande abondance ; nous verrons plus tard les moyens propres à tarir cette sécrétion.

Telles sont les modifications que nous appellerons *locales* ; voyons quelles sont celles qui portent sur l'organisme en général.

CIRCULATION. — Deux agents se présentent à notre étude : 1° l'appareil circulatoire ; 2° le sang.

Appareil circulatoire.— L'attention a été attirée sur l'appareil circulatoire par Larcher d'abord et par Ducrest ensuite. La principale altération consiste dans une hypertrophie des parois du ventricule gauche. Elle résulte de l'hypermégalie des fibres musculaires et non de leur augmentation en nombre. On a attribué à cette hypertrophie le bruit de souffle que l'on entend pendant le dernier mois de la gestation et pendant les couches ; mais je crois qu'il doit être rapporté à l'anémie qui accompagne ces deux époques. L'hypertrophie sans dilatation de la cavité ne saurait expliquer le bruit de souffle. On a noté que le retour du cœur à son état normal se fait progressivement, en se réglant, pour ainsi dire, sur la marche que suit l'utérus.

On a encore signalé des hypertrophies du côté des organes hémato-poïétiques, la rate, les ganglions, etc.

Pouls et température. — M. Blot (1) a fait une étude spéciale du pouls chez les femmes en couches. « Aussitôt après

(1) H. Blot, *Du ralentissement du pouls dans l'état puerpéral* (*Bull. Acad. méd.*, t. XXVIII, 28 juillet 1863).

l'accouchement, le pouls est serré, fréquent ; mais bientôt il perd de sa fréquence et devient souple, ample, et il n'éprouve plus de changements que pendant la fièvre de lait.» Ainsi s'exprimait Desormeaux dans l'article COUCHES du Dictionnaire en 30 volumes. D'après les observations de Blot, il se produit un ralentissement quelquefois très-considérable. Dans 3 cas, le pouls est descendu à 35 pulsations par minute. Il oscille ordinairement entre 44 et 60, et d'après ce clinicien le ralentissement persisterait souvent même pendant l'époque où devrait se montrer la fièvre de lait. Le régime alimentaire n'exerce aucune influence. Ce ralentissement se montre dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. Sa valeur pronostique est très-favorable. On ne le rencontre que chez les femmes bien portantes. Telles sont, en résumé, les conclusions de M. Blot dans son Mémoire à l'Académie.

Ces modifications du pouls sont, du reste, en rapport avec la marche de la température. C'est Hecker qui, le premier, a donné des notions précises sur ce point. A part une élévation quelquefois assez notable qui se produit immédiatement après l'accouchement, la température s'abaisse au-dessous de la moyenne physiologique pour s'élever de nouveau au moment de la fièvre de lait, après laquelle se produit une défervescence. Ces résultats ont été confirmés par Winckel et Schrœder.

Altérations du sang. — La diminution des globules rouges, l'augmentation des globules blancs et de la fibrine, tels sont les deux phénomènes qui caractérisent le sang de la femme qui vient d'accoucher.

De même que les autres altérations, celles-ci ne sont que le résultat des modifications produites par la grossesse. C'est à Andral et Gavarret que revient l'honneur d'avoir mis en évidence ces deux faits, dont Cazeaux a su tirer des conclusions pratiques si intéressantes au point de vue de l'hygiène de la

grossesse. Pour nous, cette étude est très-importante, car elle doit dicter notre conduite pour l'hygiène de la femme en couches ; héritière de toutes les altérations produites par la gestation.

Andral et Gavarret, non satisfaits par les idées théoriques qui régnaient alors sous l'influence du système de Broussais, voulurent vérifier par l'expérience les faits avancés, et pour le malheur de la théorie et le bonheur des femmes enceintes, des idées justes furent enfin émises, et une tout autre direction fut donnée à la thérapeutique de la grossesse.

Voici, en résumé, le résultat des recherches de ces deux savants :

« Du premier au sixième mois, le sang a offert une moyenne de fibrine constamment inférieure à la moyenne physiologique ; la moyenne de la fibrine pendant ces six premiers mois n'a été en effet que de 2,5, avec un minimum de 1,9 et un maximum de 2,9. »

A partir de ce moment, la quantité augmente jusqu'à la fin de la grossesse, où elle atteint son chiffre le plus élevé 4,3. Mais pendant que la quantité de fibrine présente ces modifications, le nombre des globules rouges suit une marche inverse; notons, en passant, que cette relation est un fait à peu près général.

Chez les pléthoriques, la fibrine est toujours au-dessous de la moyenne physiologique; le contraire a lieu chez les anémiques. Sur les 34 femmes examinées par Andral et Gavarret une seule, au dernier terme de la grossesse, offrit une quantité de globules supérieure à la moyenne physiologique; ce chiffre atteignit 145; la quantité de fibrine est notée, elle est de 2,8, c'est-à-dire au-dessous du chiffre normal. Chez une seconde, les globules rouges avaient conservé leur proportion normale 127 ; chez les 32 autres, ils présentaient un rapport inférieur.

Ces résultats sont confirmés par les analyses de Rodier et

Becquerel, de Regnault. Les altérations atteignent leur maximum à la fin de la grossesse, et sur les animaux domestiques, les brebis, les vaches, Andral et Gavarret ont noté leur exagération après le part. Signalons encore, à côté de la diminution des globules rouges, l'augmentation des globules blancs, et nous aurons une idée à peu près complète du sang que la femme enceinte lègue à l'accouchée.

Système nerveux. Etat des forces. — Une fatigue que la femme compare à une courbature générale, à un brisement de tout le corps, et dont l'intensité est en rapport avec la longueur du travail, un endolorissement plus marqué dans la région rénale, tel est le résultat immédiat des efforts qu'a nécessités l'accouchement. La fatigue, l'épuisement nerveux, sont bien plus considérables chez la femme primipare, dont les parties génitales, non préparées par des parturitions antérieures, exigent pour laisser vaincre leur résistance un travail plus long et plus énergique. La conséquence de cet état est la tendance au sommeil qui se manifeste peu de temps après l'accouchement. Cependant, lorsque le travail a été rapide, il survient assez souvent, après l'expulsion de l'enfant, une excitation nerveuse générale qui se manifeste par un frisson énergique, avec claquement de dents. Ce frisson ne doit inspirer aucune crainte ; il n'a rien de commun avec celui qui annonce l'invasion d'une maladie grave. Sa durée n'est que de quelques minutes, et la femme ne ressent aucun malaise.

Respiration. — Dans les derniers temps de la grossesse, le diaphragme est fortement refoulé en haut ; il en résulte une gêne quelquefois très-considérable dans l'accomplissement de la respiration. Aussi voit-on le nombre des inspirations augmenter. Ce trouble est souvent plus marqué après les repas. L'accouchement rend au diaphragme sa liberté d'action ; aussi

la respiration devient-elle plus facile et moins rapide; les inspirations sont plus profondes, l'hématose se fait plus complétement et plus régulièrement.

Sécrétions.— Il survient, après l'accouchement, des sueurs abondantes à odeur acide, dues vraisemblablement à l'acide lactique tenu en suspension, et dont le développement a été considérable pendant le travail de l'enfantement. Ces sueurs doivent être attribuées à la fatigue et à la faiblesse de la femme en couches. Quoi qu'il en soit, cette exagération des fonctions de la peau est une cause puissante d'affaiblissement.

ÉTAT PUERPÉRAL.— L'ensemble des altérations que nous venons d'étudier, la tendance des organes modifiés par la gestation à revenir à leur état normal constituent ce que l'on a désigné sous le nom d'*état puerpéral*. Parmi les phénomènes qui accompagnent la puerpéralité, les uns ne jouent qu'un rôle très-secondaire; d'autres, au contraire, ont un rôle prépondérant dans la marche des suites de couches, dans la pathogénie et l'évolution des maladies qui atteignent la femme pendant cette période. Une altération locale (la plaie utérine), une modification générale (l'anémie), sont les deux états qui dominent la situation pendant la puerpéralité.

On a depuis longtemps comparé l'accouchée à une opérée, et cette comparaison était généralement admise. Dans ces dernières années, des hommes compétents ont soutenu, au nom de l'anatomie, qu'il n'y avait pas véritablement une plaie, se basant sur ce que le placenta n'est qu'accolé à la muqueuse utérine, et que lors de la séparation il n'y a ni déchirure de vaisseaux ni de nerfs, ni d'autres tissus; et les lochies, d'après eux, ne sauraient être assimilées au pus dont elles n'ont pas le sérum; et quant aux leucocytes qu'on y rencontre, ils proviendraient des globules blancs du sang.

Cette assertion qu'il n'y a pas de tissus divisés est en contradiction avec l'observation. La séparation du placenta ne saurait être attribuée à un mécanisme analogue à celui qui détermine la chute des feuilles. Ce n'est pas un simple décollement. Il y a des vaisseaux, des tractus fibreux qui unissent le placenta fœtal et le placenta maternel, qui se déchirent au moment de la délivrance et donnent naissance à l'écoulement sanguin qui constitue les lochies sanguinolentes. On peut, du reste, observer, comme le fait remarquer Robin, les orifices des sinus déchirés au niveau de la surface utéro-placentaire. Il y a donc division de tissus. Quant à cette autre objection que la partie liquide des lochies n'est pas analogue au sérum du pus, nous ferons observer que les lochies sont composées de divers produits : outre le pus qui se forme au niveau de la surface utéro-placentaire, elles renferment les liquides exsudés par le reste des parois de la cavité utérine, la sécrétion des glandes du col, le mucus vaginal.

Béhier, Trousseau, Pajot, adoptent complètement l'idée de plaie, ainsi que la comparaison qui en découle. Cette considération sera pour nous d'une certaine valeur quand il s'agira de déterminer le régime qui convient à l'accouchée.

Les indications fournies par l'état général ont une valeur supérieure au point de vue qui nous occupe. Le résultat des modifications qu'a subies l'organisme peut se résumer par un mot : l'anémie, j'allais presque dire la cachexie.

L'enfant, ce parasite chéri sur lequel on veille avec tant de sollicitude, a vécu aux dépens de la mère, dont il a affaibli l'organisme entier, ainsi que l'ont montré les analyses d'Andral et Gavarret, confirmées par celles de Rodier et Becquerel, et de Regnault. Ces altérations persistent pendant les couches et même s'exagèrent dans les premiers temps, par suite des déperditions sanguines ou autres qui accompagnent l'accouchement.

Il est cependant des accoucheurs qui prétendent qu'après la

parturition la femme se trouve dans un état de pléthore. De même que, sous l'influence des idées de Broussais, on avait considéré la femme enceinte comme pléthorique, par cette raison que le sang des règles qui ne coulaient plus devait s'accumuler dans l'organisme ; de même, après l'accouchement, le reflux, dans le torrent circulatoire, du sang qui affluait vers l'utérus, doit nécessairement y produire une turgescence générale que les lochies, les sueurs tendent à faire disparaître. C'est ainsi que s'exprime Nægele avec l'École allemande. Voyons si ces faits sont confirmés par l'observation.

Des sueurs quelquefois très-abondantes, dues aux efforts et à la faiblesse de la femme, une perte sanguine avant et après la délivrance, se continuant vingt-quatre à trente heures après l'accouchement, la sécrétion du lait, et je devrais ajouter la privation d'aliments à laquelle on soumet la femme, en vertu de la théorie : telles sont les causes de déperdition qui ne permettent pas d'admettre un seul instant la possibilité de la pléthore. L'expérience confirme encore le résultat auquel on arrive par le simple examen des faits : Andral et Gavarret, par des recherches chez les animaux, ont constaté l'exagération de l'hypoglobulie après la parturition ; on peut, d'après cela, conclure à l'existence de la même altération chez l'espèce humaine. Hecker a fait des études sur les modifications du poids du corps chez les accouchées. Il a pesé des femmes immédiatement après l'accouchement, puis huit jours après ; la perte de poids dans l'intervalle a été, en moyenne, de 4,571 grammes. On voit quelle déperdition le corps a subie par suite des excrétions ou des sécrétions qui ont lieu pendant cette période.

Nous sommes donc autorisé à conclure que la femme, non-seulement est anémique au moment de l'accouchement, mais que cette disposition tend à s'exagérer pendant les couches. En sorte que ces évacuations, soit par les sueurs, soit par les lochies, n'ont pas pour but de rétablir l'équilibre troublé par un

état pléthorique consécutif à l'expulsion du fœtus: au contraire, elles ne font que favoriser une débilitation fâcheuse de l'organisme.

On a encore conclu à la pléthore des femmes en couches en faisant valoir leur prédisposition aux inflammations. La pléthore vraie, ainsi que le font remarquer Andral et Gavarret, Béhier, n'a jamais créé une prédisposition aux inflammations ; chez les individus sanguins, les réactions sont plus vives, plus franches. Caractérisée, chez eux, par une exsudation fibrineuse, l'inflammation des organes internes (plèvre, poumon, péritoine) n'a pas de tendance à la suppuration, et de deux choses l'une : ou le malade succombe à l'acuité de la maladie, ou il guérit, et la résorption des produits exsudés est complète. Au contraire, chez les individus affaiblis, anémiés par une maladie aiguë ou chronique, ou par toute autre cause (mauvaise hygiène, abus de travail, etc.), on voit les inflammations évoluer vers la suppuration avec une déplorable facilité ; c'est chez eux que l'on voit éclater, sous la moindre influence, des pleurésies purulentes, des pneumonies arrivant avec une rapidité surprenante à l'hépatisation grise, des phlébites, des phlegmons, des abcès de toute nature, etc.

Mais n'observe-t-on pas la même tendance chez les femmes en couches ? Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître chez elles cette disposition à faire du pus. Si les bornes de ce travail nous le permettaient, nous tâcherions de montrer l'analogie de composition du sang de l'accouchée et celui des individus débilités dont nous avons parlé. Les altérations sont identiques : c'est toujours une diminution des globules rouges, une augmentation des globules blancs et de la fibrine, et peut-être (nous ne voudrions pas trop nous hasarder) réussirions-nous à montrer que chaque fois que la tendance à la suppuration est manifeste, il y a dans le sang prédominance des globules blancs ; on sait avec quelle facilité suppurent les individus lymphatiques.

Les expériences de Claude et Bernard ont démontré l'influence de la débilité sur la production des inflammations : la section du grand sympathique au glanglion cervical supérieur ne s'accompagnait chez les animaux robustes et bien portants que de phénomènes congestifs, tandis que chez ceux qui avaient souffert, de véritables phlegmons aboutissant à la suppuration avaient été le conséquence de cette opération. Ce sujet comporterait les développements de toute une thèse. Je me bornerai à ces quelques considérations ; elles me paraissent suffire pour montrer l'influence fâcheuse que la débilité exerce sur la marche régulière des suites de couches. Une indication précise découle de ces réflexions, c'est que le médecin doit diriger tous ses efforts contre cet état.

CHAPITRE II

HYGIÈNE PROPREMENT DITE.

Nous suivrons dans cette étude la division classique. Cette manière de traiter le sujet présente une certaine aridité, mais ce défaut est compensé par la clarté. Nous allons d'abord indiquer les soins immédiats que réclame l'accouchée après la délivrance. Nous étudierons ensuite séparément : 1° la chambre, l'aération, la température, le lit ; 2° l'alimentation ; 3° les exercices ; 4° l'hygiène morale.

§ Ier SOINS IMMÉDIATS.

Aussitôt après l'expulsion du placenta, quand on s'est assuré que le délivre est complet, avec de l'eau tiède ou additionnée de vin, peu importe, on nettoye avec précaution la vulve et les parties voisines ; on s'assure alors facilement qu'il n'y a pas d'hémorrhagie.

On ploie entre les cuisses de la femme un linge souple et fin qu'on applique contre la vulve. On laisse encore quelque temps la femme couchée sur le dos dans le lit de misère jusqu'à ce qu'elle soit un peu remise de ses fatigues ; quinze à vingt minutes suffisent, car on ne doit pas prolonger son séjour sur un lit humide et sali, à moins qu'une hémorrhagie n'ait eu lieu pendant l'accouchement. Dans ce cas, on la laisserait plus longtemps, dans la crainte que l'ébranlement ne provoquât une nouvelle hémorrhagie.

Pendant que la femme est encore sur le lit de travail, on prépare le lit sur lequel elle reposera définitivement ; on doit le chauffer légèrement afin que la femme n'éprouve pas une sen-

sation de froid ni de chaleur trop vive. On garnira ce lit avec une peau de chamois ou une toile cirée, sur laquelle on placera un drap plié en quatre, afin de protéger les matelas contre la souillure des lochies. On procédera alors à la toilette de l'accouchée, à moins que l'on n'ait eu la précaution de faire cette opération pendant l'accouchement, ainsi que le recommande M. Dumas. Elle consistera en une chemise large, à manches longues, de manière à protéger les bras ; elle sera suffisamment fendue en avant pour s'accommoder aux nécessités de l'allaitement, tout en pouvant se fermer à l'aide de boutons ou d'attaches. Pendant l'accouchemcnt, on la maintiendra relevée au-dessous des reins pour éviter la souillure par les liquides qui s'écouleront, soit pendant le travail, soit après. La femme a souvent pendant les couches, la partie supérieure du corps en dehors des couvertures, soit pour donner à téter à l'enfant, soit pour prendre quelque nourriture ; aussi, faudra-t-il avoir soin de lui mettre un fichu autour du cou, et de lui donner une camisole appropriée au degré de température de la chambre. A la suite des couches, la femme perd toujours une quantité plus ou moins grande de cheveux ; aussi, quelques-unes demandent-elles qu'on les leur coupe. On ne saurait obtempérer à leur désir, car la suppression brusque des cheveux, qui tiennent le cuir chevelu dans une atmosphère de chaleur constante, peut entraîner des accidents. On ne doit pas non plus permettre l'usage d'aucune pommade. Quant à la disposition à donner à la chevelure, la meilleure est de faire des tresses, que l'on relève mollement au-dessus de la tête ; on les maintiendra, soit avec une résille, soit avec un bonnet léger ; on se gardera de l'usage des épingles qui pourraient blesser la femme.

La toilette étant achevée, on procédera au transport de la parturiente sur le lit de couches. L'accoucheur ou toute personne forte la soulèvera dans ses bras et la placera sur le lit préparé. Velpeau indique une manière ingénieuse d'opérer ce change-

ment. Il conseille de mettre en contact les deux lits, d'enlever toute la garniture du lit de misère, moins le drap ; puis, deux personnes opérant des tractions sur ce drap, on entraîne sans secousses la femme sur son nouveau lit. On ne doit jamais abandonner à l'accouchée, quoiqu'elle paraisse en avoir la force, le soin de se transporter elle-même d'un lit à l'autre ; elle s'exposerait à des accidents graves : hémorrhagies, déplacements de l'utérus, syncopes, etc. Il arrive souvent, surtout à la campagne, que le lit de misère est celui-là même qui doit servir de lit de couches. On opérera alors le changement en enlevant toute la garniture, on essuyera la toile cirée. Pour la replacer, ainsi que le drap alèze, il n'est pas nécessaire que la femme soit portée hors du lit; elle n'a qu'à soulever elle-même la région moyenne du corps, en s'arc-boutant sur la tête et les pieds ; on l'aidera, du reste, à exécuter ce mouvement, puis on glissera au-dessous la toile cirée et le drap. Un moyen qui vaut encore mieux, est de faire porter la femme tout à fait sur un côté du lit ; on dispose alors commodément la garniture.

Il nous reste maintenant à parler du bandage du ventre que toutes les femmes réclament, dans le but illusoire de faire disparaître le relâchement et les vergetures des parois abdominales. Nægele en rejette complétement l'emploi. « Car, dit-il, ou bien le bandage est serré, et alors il nuit par la pression qu'il » exerce, et empêche de procéder convenablement à l'explora- » tion du bas-ventre, qui doit être faite journellement pendant le » première semaine des couches ; ou bien il n'est appliqué que » lâchement, et dans ce cas on n'atteint pas le but qu'on se » propose. » Il recommande d'appliquer sur l'abdomen un grand linge plié en plusieurs doubles, qui par son poids maintiendra les parois abdominales. Ce procédé est adopté par M. Dumas à la Maternité de Montpellier. Il a un inconvénient, c'est d'exiger que la femme reste continuellement couchée sur le dos. Nous croyons préférable l'application d'un bandage de corps

modérément serré, ainsi que le veulent Baudelocque, Velpeau, Stoltz. Ce bandage doit être large, afin qu'il contienne bien tout le ventre. On le disposera de manière que la pression soit égale dans tous les points, et qu'il ne fasse pas *corde*. Un bandage ainsi disposé a des avantages réels : l'expulsion du fœtus a laissé un vide que l'utérus tend à faire disparaître par ses contractions, qui ont pour résultat inverse l'agrandissement de la cavité où sont contenus les intestins ; le retrait des parois abdominales ne se fait pas avec la même rapidité ; en sorte que les intestins, ne supportant plus une pression aussi grande, ne réagissent plus avec la même énergie sur les parois des gros troncs vasculaires de l'abdomen ; de là, un afflux de sang d'autant plus considérable que la circulation était plus difficile pendant les derniers mois de la gestation. Cette congestion abdominale ne peut avoir lieu qu'autant qu'une anémie compensatrice se produit vers d'autres points. C'est ainsi que l'on peut expliquer les syncopes qui se produisent si souvent chez les nouvelles accouchées. Velpeau attribue à ce mécanisme des congestions utérines et une prédisposition aux hémorrhagies. Quoi qu'il en soit, un bandage bien fait et convenablement serré, qui supplée simplement l'action des muscles abdominaux et qui rétablit ainsi l'équilibre rompu, ne peut avoir que des avantages, sans présenter aucun inconvénient. On a reproché à ce bandage de se rouler facilement en *corde*; Velpeau propose de le soutenir en haut avec des bretelles ; il serait, du reste, facile de le replacer si cet accident survenait.

Pour éviter de renouveler trop fréquemment le drap qui sert d'alèze, on garnit la vulve avec des linges mollets, non chauffés, qui s'emparent de la presque totalité des lochies ; on désignait autrefois sous le nom de *chauffoir* l'appareil disposé à cet effet. Anciennement, on plaçait à l'entrée du vagin divers tampons qui en obstruaient plus ou moins complètement l'ouverture. Il en résultait divers accidents dus à la stagnation des lo-

chies; on y a aujourd'hui complétement renoncé. On se contente de placer au-devant de la vulve du vieux linge, qui a l'avantage d'être doux et souple et d'absorber très-bien les liquides. Quelques accoucheurs recommandent de fixer l'appareil à l'aide d'une compresse longuette qui s'attacherait par ses extrémités, l'une en avant, l'autre en arrière, au bandage du ventre. Pourvu qu'elle soit très-lâchement serrée, il n'y a pas d'inconvénient à l'employer. On doit renouveler ces linges dès qu'ils sont mouillés. Le premier jour l'écoulement étant très-abondant, on doit les changer fréquemment, dix ou douze fois au moins.

On se gardera de satisfaire le désir de certaines femmes qui, dans le but d'empêcher la distension trop considérable des mamelles par le lait, et aussi pour conserver la rondeur et la fraîcheur primitives de leurs seins, demandent qu'on les comprime à l'aide de bandages. Baudelocque cite deux cas de mort survenus à la suite de l'application de bandages trop serrés. Si, cependant, les mamelles étaient volumineuses et douloureuses, on se bornerait à les soutenir à l'aide de fichus passant au-dessous d'elles et allant se nouer derrière le dos. La peau de mouton ou de lapin appliquée fumante sur les seins et le ventre dc la femme, comme l'indique Avicenne, de même que le placenta trempé dans de l'huile ou du vin bouillant, ne sont plus regardés aujourd'hui que comme des monuments curieux de l'imagination des anciens.

Ces précautions étant prises, la femme éprouve un besoin très-grand de dormir. Doit-on favoriser cette inclination, ou bien faut-il retarder ce premier sommeil ? Ici les auteurs modernes ne sont pas d'accord; il n'en était pas ainsi autrefois, et les anciens étaient généralement d'avis qu'il fallait éloigner ce sommeil. Ils donnaient comme raison de leur conduite que des accidents graves pouvaient survenir et échapper à l'œil de l'observateur. Plus d'une fois, en effet, des hémorrhagies suivies de syncopes mortelles ont été la conséquence d'une infraction à

ce précepte. Les auteurs modernes qui soutiennent encore l'opinion des anciens font valoir les mêmes motifs ; mais il faut reconnaître qu'ils ne sont pas en majorité, et la plupart de ceux qui ont écrit sur la matière, Velpeau, Nægelé, Cazeaux, MM. Dumas, Stoltz, sont d'avis qu'on peut, sans danger, laisser dormir l'accouchée, pourvu qu'on prenne ses précautions. Ce premier sommeil est, en effet, essentiellement réparateur ; il y a une sorte de cruauté à l'empêcher ; la femme en retire le plus grand profit. Les dangers qui y sont attachés disparaissent, pourvu que l'accoucheur observe attentivement le pouls, l'expression de la face et l'état de l'utérus. C'est assez dire que, pendant tout ce sommeil, l'homme de l'art ne doit pas s'éloigner de l'accouchée. Ces considérations sont suffisantes pour que nous croyions devoir nous ranger à cette dernière opinion. Si l'on observait de la paresse ou de l'inertie de l'utérus, que le pouls fût agité, rapide, on devrait retarder le sommeil jusqu'à ce que ces symptômes peu favorables eussent disparu.

§ II. Chambre des couches

Pendant que la femme dort, examinons la chambre que nous lui avons choisie. Dans cet article, nous étudierons la chambre elle-même, la température qui doit y régner, le lit, etc. « La chambre à coucher, dit M. Fonssagrives, doit réunir quatre conditions principales : 1° l'absence de bruit ; 2° l'accès du soleil, 3° un cubage suffisant, 4° le renouvellement facile de l'air. »

La première condition doit être recherchée dans les villes, les campagnes ne présentant pas l'inconvénient du bruit. Il faut à la femme en couches un sommeil tranquille et continu pendant la nuit, et l'absence d'émotions violentes pendant le jour. Cette prescription est surtout à observer pour la femme qui allaite ; la sécrétion lactée disparaît vite chez celle qui ne repose pas.

Malheureusement, le médecin se heurte souvent à des impossibilités créées par les positions. Au riche on peut prescrire ; il faut accepter les conditions du pauvre. On préférera les chambres des étages supérieurs comme présentant les meilleures conditions, sous le rapport de la salubrité et de l'absence du bruit : celles qui sont situées sur le derrière des maisons offriraient sous ce dernier rapport les meilleures garanties, si elles ne présentaient l'inconvénient d'un éclairage et d'une aération insuffisants.

« Là où le soleil n'entre pas, le médecin entre (1). » C'est très-vrai, et cependant on a conseillé (que n'a-t-on pas conseillé?) de tenir la femme en couches dans une demi-obscurité pour lui mettre tous les sens dans un repos complet. Est-ce donc fortifier le système nerveux que de lui enlever toute activité ? La lumière solaire exerce sur les êtres organisés une action tonique que personne ne conteste. Dans l'obscurité, les végétaux s'étiolent, se décolorent ; plus d'une anémie ne reconnaît pas d'autre cause que l'absence de soleil ; citerai-je l'anémie des mineurs? Nous avons montré que la femme accouchée était une anémique; inondons sa chambre de soleil, au moins pendant une partie de la journée. Du reste, il faut toujours que des rideaux et des persiennes garnissent les fenêtres, afin d'éteindre une lumière trop vive, si la femme le demandait ; d'autant plus qu'en été l'excès de chaleur peut exiger cette précaution. On devra alors tâcher de prendre une chambre où le soleil entre le matin.

L'action du soleil ne se borne pas à cette influence salutaire sur l'organisme ; elle à encore un autre avantage, c'est de purifier la chambre, et de faciliter le renouvellement de lair. Si pour une chambre à coucher ordinaire, l'espace est une chose de première importance, il est de rigueur pour celle qui doit servir pendant les couches. Les causes d'altération de l'air sont nom-

(1) Proverbe italien cité par M. Fonssagrives.

breuses ; citons : 1° les lochies, qui répandent une odeur peu agréable ; 2° le séjour continuel de l'accouchée et de la sage-femme ; 3° l'absorption de l'oxygène par les lampes.

Pour une chambre à coucher ordinaire, M. Fonssagrives demande un cubage de soixante mètres cubes. Cette condition devra surtout être recherchée dans le cas qui nous occupe.

Malgré ces précautions, les causes d'infection nombreuses et puissantes que nous avons signalées expliquent la nécessité de renouveler fréquemment l'air de la chambre. On devra procéder avec quelques précautions à cette opération. La femme en couches est très-sensible aux variations de température. Aussi, devra-t-on prendre garde à ce qu'elle n'éprouve aucune sensation de froid. C'est surtout l'hiver que l'on doit craindre cet accident. On évitera tout danger, en faisant entrer l'air progressivement, par bouffées, pour ainsi dire, en ouvrant et en fermant alternativement la porte ou la fenêtre. Il serait préférable de faire arriver l'air à travers d'autres appartements. L'entrée directe de l'air se fait trop brusquement, d'autant plus que la température de la chambre excède davantage celle du dehors. Aussi, conseillons-nous, dans ce cas, l'usage de rideaux autour du lit. Ces rideaux, blanchis tout récemment, ne devront pas avoir d'autre usage ; dans l'intervalle, on les rejettera vers les extrémités du lit. Ainsi envisagés, ils ne peuvent présenter que des avantages. Le renouvellement de l'air doit être d'autant plus fréquent que la chambre est plus petite. Dès qu'une odeur désagréable se manifeste, on ne doit pas hésiter à l'effectuer. La pureté de l'air est la condition essentielle d'une chambre d'accouchée; aussi, toutes les fois que cela sera possible, devra-t-on s'éloigner des foyers d'infection ; tels sont, les hôpitaux, les abattoirs, les mégisseries, etc. Les water-closetts devront être le moins rapprochés possible. Une propreté irréprochable devra régner dans l'appartement. On ne laissera séjourner aucun objet capable par sa présence de troubler la

pureté de l'air ; je veux parler des chaises percées, des chauffoirs, des pots de fleurs, des parfums plus ou moins équivoques, etc.

Enfin, j'ajouterai que les bâtiments nouvellement construits, où les appartements sont humides et froids, réunissent les conditions les plus défavorables. On ne saurait permettre un pareil séjour à la femme en couches, alors que les personnes les plus robustes subissent malheureusement trop souvent les influences fatales de pareilles habitations. La sécheresse est une condition nécessaire ; aussi, doit-on déconseiller les rez-de-chaussée et tous les autres appartements qui seraient humides.

Température. — Dans la chambre des couches ne doit pas régner une température trop élevée : des maux de tête, un agacement nerveux particulier, de la fièvre, des hémorrhagies, en seraient les conséquences. Le froid a d'autres inconvénients, c'est d'exposer la femme aux refroidissements et à toutes les conséquences de cet accident : métro-péritonite, inflammation des organes de la respiration, etc. La température qui nous paraît la plus convenable est celle de 15 à 18 degrés.

L'hiver, on chauffera la chambre avec un feu de cheminée. Ce mode de chauffage est le seul qu'on doive employer ; il a l'immense avantage de faciliter le renouvellement de l'air dans la chambre. On doit proscrire absolument les brasières ; elles dégagent de l'oxyde de carbone et de l'acide carbonique qui restent dans les chambres, en même temps qu'elles absorbent une quantité énorme d'oxygène. Les poëles présentent les mêmes inconvénients, quoique à un moindre degré. Si pendant l'hiver on est obligé d'employer des moyens propres à élever la température, l'été, au contraire, on devra, surtout dans les pays chauds, chercher à se parer contre les ardeurs de la canicule. La chambre sera aérée par une porte ou une fenêtre sur laquelle le soleil ne donne pas, et dirigée préféra-

blement au nord On veillera à ce que le courant d'air n'atteigne pas le lit de la femme.

Lit. — Les lits en fer sont préférables aux lits en bois, qui donnent trop facilement asile à toutes sortes d'insectes parasites. Le sommier a des avantages sur tous les autres lits, cependant les paillasses garnies de paille de maïs ou de froment récemment renouvelée et bien sèche, présentent des garanties hygiéniques suffisantes. Mais on doit rejeter les matelas de plumes comme trop mous, et de plus, à cause de leur peu de conductibilité de la chaleur, ils entretiennent autour du corps une température trop élevée qui prédispose aux congestions et aux hémorrhagies; les personnes excitables, les accouchées sont dans ce cas, éprouvent une irritabilité particulière que M. Fonssagrives attribue au défaut de conductibilité électrique. La laine a l'inconvénient de s'imprégner trop facilement des miasmes, elle est cependant préférable aux plumes. Le matelas de crin est le meilleur de tous ceux qui sont usités. Les draps de toile sont plus frais, se collent moins sur les contours du corps, ces qualités doivent être recherchées en été; en hiver, on préférera les draps de coton, qui présentent les propriétés opposées.

Les couvertures que l'on fait en interposant du coton entre deux étoffes, ont l'avantage d'être plus légères que les couvertures de laine; de plus, ces dernières, fortement hygrométriques, absorbent trop facilement les miasmes contenus dans la chambre et qui s'échappent des organes génitaux maternels. On proportionnera le nombre et l'épaisseur des couvertures à la température de la chambre. Il vaut mieux employer des couvertures peu épaisses, ce qui permet de les enlever progressivement, ou de les ajouter pour se conformer aux variations de température. La femme devra être assez couverte pour qu'elle ressente une douce chaleur. On ne peut se figurer l'abus que

l'on fait des couvertures à la campagne ; ce préjugé, d'après lequel on ne saurait tenir trop chaudement les femmes en couches, fait qu'on les ensevelit sous un monceau de couvertures. Là, on les maintient dans une sudation continuelle qui contribue pour beaucoup à augmenter leur faiblesse, et est souvent l'occasion d'éruptions diverses de sudamina.

Si du moins, après cela, on prenait les précautions nécessaires pour éviter tout refroidissement; mais il n'en est rien, la femme se lève toute suante et à peine couverte dans une chambre non chauffée, pendant les froids les plus rigoureux, pour aller à la selle. Quelquefois elle ne met pas même des pantoufles ou des chaussons, et elle marche pieds nus sur un sol glacé, car on ne connaît pas la descente de lit, regardée comme un objet de luxe, et le plus souvent la chambre des couches est au rez-de-chaussée, non parquetée, le sol étant simplement recouvert d'un glacis. Aussi que de victimes, et principalement chez les primipares, qui, par un esprit de fanfaronnade, excité souvent par un commérage imprudent, ne craignent pas d'exposer leurs jours pour faire comme la voisine ou la dépasser ! Il y en a qui sortant du lit, où elles étaient tenues en sueur depuis deux ou trois jours, vont laver le linge de leur enfant. Elles payent de leur vie une pareille imprudence. C'est bien là la cause la plus fréquente des nombreux accidents puerpéraux à la campagne. Et l'on s'étonne même qu'ils n'arrivent pas plus fréquemment. Une remarque qui a son importance, c'est que les femmes qui ne prennent absolument aucun soin d'elles-mêmes, qui dorment un léger sommeil après l'accouchement, qui ensuite travaillent, mangent comme à leur ordinaire, sont celles qui n'éprouvent aucun accident. Les exemples sont nombreux, et j'en connais plusieurs. Une femme, entre autres, aujourd'hui la mère J..., habitant Sagnes, petit village du canton de Vernoux (Ardèche), qui a eu six enfants et ne s'est jamais couchée. Elle allait laver la lessive le

matin de la nuit où elle avait accouché; elle est vieille aujourd'hui, elle a plus de 90 ans.

§ III. Alimentation. — Boissons.

Cette question a passé par les mêmes phases que celle de l'alimentation des opérés; il n'y a là rien d'étonnant; de tout temps on a comparé la femme en couches à une operée. Aujourd'hui, elle subit l'influence de ce rapprochement. L'Angleterre, qui la première essaya de nourrir ses opérés, est aussi celle qui commença à donner aux femmes en couches une nourriture substantielle. L'Allemagne, qui professe des idées opposées sur l'alimentation des opérés, maintient les accouchées dans une diète presque absolue, d'accord en cela avec les idées anciennes. Les accoucheurs français sont divisés entre les deux camps : les uns, avec les Allemands, sont partisans de la diète; de ce nombre, sont : MM. Dumas, Chailly-Honoré, Stoltz; d'autres, au contraire, suivant la pratique des Anglais, donnent à leurs accouchées une alimentation réparatrice. Pour nous, qui pensons que l'anémie puerpérale est pour beaucoup dans la gravité des maladies qui atteignent les femmes dans cet état, nous nous rangeons à l'opinion de ces derniers. Les partisans de la diète donnent plusieurs raisons : la première est que pendant l'accouchement la femme a perdu plus ou moins complètement l'appétit, et qu'elle ne ressent aucun besoin de prendre des aliments. J'ai cherché à vérifier cette assertion, et aucun cas ne m'en a démontré l'exactitude. Aussitôt après l'enfantement, la femme ressent un grand délabrement d'estomac, elle a soif et faim. On ne fait attention qu'à la première sensation, qui est celle dont l'accouchée se plaint le plus. On lui donne à satiété des tisanes tièdes et sucrées, qui font perdre à l'estomac sa sensibilité. Il ne réclame plus rien,

on croit qu'il est satisfait. Voilà ce qui explique que dans quelques cas l'appétit paraît perdu. Cependant le fait est rare, et le plus souvent il persiste, malgré les infusions de tilleul, de feuilles d'oranger, etc. On alléguera peut-être encore que pendant la puerpéralité, la femme est une dyspeptique, qu'elle ne peut digérer convenablement. J'avoue que je ne comprends pas trop pourquoi les fonctions de l'estomac seraient aussi brusquement modifiées. Je crois que le reproche serait bien plus mérité par les partisans de la diète; et, en effet, l'estomac maintenu pendant longtemps dans une inactivité presque absolue, et dont la sensibilité est encore émoussée par toutes sortes de tisanes, finit par perdre son aptitude à digérer; c'est alors qu'il faut prendre les plus grandes précautions quant au régime, et qu'il faut augmenter lentement la nourriture dans la crainte des indigestions. D'autres raisons contre l'alimentation sont tirées de la prédisposition aux inflammations créées chez la femme par l'état puerpéral, prédisposition que l'on attribue à la pléthore. Cette raison est en contradiction avec l'expérience. Nous avons montré ailleurs que la femme en couches, loin d'être pléthorique, est anémique.

On a encore accusé l'alimentation d'augmenter la sécrétion des lochies. M. Joulin n'a observé aucune modification chez les femmes qu'il nourrissait ; cependant nous ne serions pas étonné que le fait existât, car on a vu, chez des opérés mis à la diète, la suppuration s'arrêter ainsi que la cicatrisation. Loin d'être un phénomène rassurant, la diminution de l'écoulement, sous l'influence de la diète, est au contraire une preuve d'un ralentissement du travail de cicatrisation de la plaie utérine.

Si ces idées théoriques ne suffisaient pas à la thèse que nous soutenons, nous pourrions invoquer les résultats obtenus par un grand nombre d'accoucheurs éminents. Sans citer les Anglais, je puis nommer MM. Tarnier, Joulin, Depaul, Pajot, qui n'ont eu qu'à se louer d'une pareille pratique. M. Béhier, qui

dans son service à la Pitié a observé un grand nombre de suites de couches, soutient la même chose : — « J'ai vu, dit-il, des » accouchées qui semblaient engagées sur une pente fâcheuse » se relever rapidement sous la seule influence d'une bonne ali- » mentation. » A la Maternité d'Avignon, on accorde un régime à peu près semblable à celui que nous allons indiquer, et M. le docteur Chauvet, ex-interne des hôpitaux de cette ville, m'a assuré que jamais on n'avait eu à déplorer un seul accident. A la Maternité de l'hôpital St-Éloi de Montpellier, les femmes sont loin d'observer la diète à laquelle on croit les astreindre. Une d'entre elles me déclarait qu'elle mangeait, dès le lendemain de son accouchement, plus de trois livres de pain par jour sans en éprouver aucun dérangement. Beaucoup d'autres trompent la surveillance, et se procurent autant de nourriture *qu'elles peuvent*; je n'y ai jamais observé d'accidents dus à cette cause. Enfin j'ajouterai que dans son *Traité d'accouchements*, M. Schrœder, un allemand, professeur à l'Université d'Erlangen, adopte en principe la nécessité d'une alimentation réparatrice.

De ce que nous soutenons qu'il faut nourrir l'accouchée, ce n'est pas à dire que nous devions lui laisser prendre, sans mesure, toute espèce d'aliments. Nous savons que les indigestions ont une gravité exceptionnelle, que des morts subites en ont été la suite ; mais nous devons faire remarquer que, lorsque ces accidents malheureux sont arrivés, ils ont été la suite d'écarts de régime qu'aucun médecin ne conseillerait.

Voici comment nous proposons de régler le régime de la femme en couches. Le premier jour, on lui donnera des potages qu'on réglera suivant sont appétit. Le deuxième jour, on accordera des œufs à la coque, une côtelette, une aile de poulet, ou de pigeon, etc. On veillera surtout à ce qu'elle ne mange pas trop à la fois, qu'elle garde toujours un levain d'appétit. Peu à peu, elle reprendra son régime ordinaire. Il sera bon de la prévenir contre les accidents qui résulteraient de l'ingestion

d'une quantité trop considérable d'aliments ou de substances indigestes ; tels que : légumes ou fruits crûs, etc. Pendant la fièvre de lait, si la réaction présente une certaine intensité, on en reviendra aux potages. Cette fièvre, physiologique pour ainsi dire, ne saurait indiquer une diète absolue, et d'ailleurs elle fait souvent défaut ; du reste, si elle avait quelque intensité, on se bornerait à l'usage des bouillons.

Boissons. — Il nous reste maintenant à parler des boissons. Nous nous élevons, avec M. Stoltz, contre l'usage abusif que l'on fait de toutes sortes de tisanes tièdes et sucrées que l'on prodigue à l'accouchée. C'est à elles que l'on doit rapporter le dégoût qui se manifeste dans quelques cas. Les sages-femmes croiraient une accouchée perdue si celle-ci n'absorbait plusieurs litres par jour d'infusion de tilleul ou de feuilles d'oranger. On traite une accouchée comme une malade. C'est ainsi qu'on provoque des sueurs qui augmentent sa faiblesse ; je crois donc qu'on fera bien de faire boire froid, en ayant la précaution, après le travail, de procéder par petites quantités, par gorgées, pour ainsi dire, comme le recommande M. Fonssagrives dans son *Hygiène alimentaire*. L'eau rougie, que l'on peut légèrement sucrer, nous paraît la boisson préférable ; de l'eau commune sucrée, ou rendue légèrement acidule avec du citron, ou parfumée avec de l'eau de fleurs d'oranger, sera parfaitement appropriée. On se réglera, du reste, sur les goûts de la femme. Nous proscrivons ces boissons incendiaires que les commères donnent aux accouchées sous prétexte de relever les forces ; tels sont : le vin chaud, tous les alcooliques, etc., etc.

§ IV. Repos, exercices.

Le repos le plus absolu est nécessaire dans les premiers jours après l'accouchement. Sous aucun prétexte, la femme ne quittera

la position horizontale, la tête étant aussi basse que possible (Dumas). Quelques praticiens, dans le but de la soulager des fatigues d'une position conservée trop longtemps, pensent que pour prendre sa nourriture, elle peut sans inconvénient s'asseoir sur son lit. Ils trouvent un autre avantage à cette pratique, c'est de faciliter l'écoulement des lochies. Mais il n'est pas besoin de cela pour que les lochies coulent librement. Dans tous les cas, cette position assise est des plus défavorables; car, à ce moment, les intestins, comprimés par le diaphragme, pèsent sur l'utérus dont les ligaments relâchés ne le soutiennent que très-imparfaitement. Voilà une cause de prolapsus que l'on rencontre trop souvent à la suite des couches. Nous ne saurions, en vertu de ces raisons, approuver une telle pratique, même pour donner à téter à l'enfant; et nous conseillerons, comme le veut Nægele, que la femme se couche sur le côté et se relève simplement sur un coude, puis, avec la main du bras qui sert de point d'appui, elle tiendra l'enfant au niveau de la mamelle.

Un assez grand nombre d'accoucheurs exigent que la femme garde le décubitus dorsal pendant les premiers jours des couches.

Si l'on songe à tout ce qu'il y a de pénible à rester continuellement dans la même position, et que de plus on chercherait en vain les inconvénients qui résultent des changements de décubitus alternatifs sur les côtés et sur le dos; nous croyons, avec un bon nombre de praticiens distingués, qu'il vaut mieux permettre à la femme de se retourner sur elle-même. Ce conseil ne comporte pas que l'on puisse indifféremment permettre une position continue sur l'un des côtés, au détriment du décubitus dorsal ; car si la femme restait toujours sur le même côté, il pourrait en résulter des déviations de latéralité de l'utérus. Le décubitus latéral ne sera accordé que comme moyen de délassement.

Un sommeil paisible et prolongé est nécessaire à la femme

pendant la puerpéralité. C'est surtout chez la femme du monde qui allaite que cette indication est utile. « Je ne crains pas » d'affirmer, dit M. Donné,(1) que le défaut de sommeil, qu'un » sommeil imparfait entraîne inévitablement et rapidement la » perte des forces du lait, surtout chez les femmes du monde » d'une constitution toujours plus ou moins nerveuse.» Nous tirerons comme conclusion la nécessité de ne pas donner à téter à toute heure du jour et de la nuit. M. Donné recommande même de supprimer l'allaitement pendant la nuit. C'est un conseil excellent qui évite aux mères bien des désagréments, et d'ailleurs l'enfant s'habituera vite à ce régime. Il dormira moins le jour et son sommeil de la nuit, plus tranquille et plus prolongé, lui sera plus favorable. Dès les premiers temps cependant, l'estomac du petit être ne pouvant contenir qu'une quantité très-faible de nourriture, exigera des repas plus fréquents. Aussi, quand ses cris trahiront le besoin de manger, on devra lui présenter le sein. Puis peu à peu, à mesure que ses organes se fortifieront et qu'ils pourront digérer une quantité de nourriture plus grande, on éloignera les repas, et l'on finira par ne plus accorder le sein pendant la nuit. L'enfant n'est souvent pas seul à troubler le repos de la mère ; les visites importunes que les voisins se croient obligés de faire, des conversations aussi ennuyeuses qu'interminables, la forcent souvent à des veilles prolongées, ou à une tension d'esprit que le médecin doit prévenir en mettant l'accouchée dans les conditions de tranquillité qu'exige sa position.

A quelle époque doit-on faire le lit ? C'est une question que l'on pose souvent au médecin. Les anciens accoucheurs recommandent d'attendre après la fièvre de lait, et même le neuvième jour après l'accouchement. Deux choses doivent être conciliées: les exigences de la propreté et du bien-être de la femme, et

(1) Donné, *Conseils aux mères*, pag. 50, 2e éd.

celles qui ont trait aux accidents qui peuvent résulter d'un déplacement prématuré. Il ne faudrait pas s'exagérer ces derniers, que l'on peut toujours éviter en prenant les précautions convenables. On approche un lit convenablement chauffé, si l'on est en hiver, pour éviter tout refroidissement; on y place la femme sans lui permettre d'exécuter elle-même ce changement. Avec ces précautions on pourra faire le lit dès le deuxième ou le troisième jour. On devra éviter de porter la femme sur un fauteuil ou sur tout autre siége qui nécessite une position assise. Dans le cas où l'on n'aurait pas à sa disposition un second lit, on ferait placer alternativement la femme sur un côté du lit pendant que l'on ferait l'autre.

Les sommiers, à cause de leur élasticité, conservent toujours une souplesse convenable pour la femme; mais les lits en paille finissent par acquérir une dureté fatigante; c'est alors surtout qu'il convient de faire le lit plus souvent. On profitera de ce moment pour changer les draps si les soins de propreté l'exigent.

La femme doit garder le repos au moins pendant les huit jours qui suivent l'accouchement: ce n'est pas la prescription la plus facile à faire exécuter. Dès que la femme s'est reposée, qu'elle se sent bien, elle est impatiente de se lever; aussi M. Joulin prend-il ses précautions à l'avance. « Je fais, dit-il, de l'obéissance sur ce point une condition préalable et formelle de mon assistance : » la facilité avec laquelle se produisent, dans quelques cas, des hémorrhagies graves, les déviations de l'utérus, la susceptibilité de la femme pour toutes les variations de température, expliquent la nécessité de semblables mesures. Je crois qu'il est inutile, même pour la femme du monde, de prolonger le séjour au lit jusqu'au dix-septième ou dix-huitième jour, comme le recommandent quelques accoucheurs; même en restant dans les limites de la plus grande prudence, on ne saurait engager à dépasser le dixième ou le onzième jour, époque à laquelle l'utérus a disparu derrière le pubis. On pourrait, je crois,

prendre ce phénomène comme point de repère. On ne doit pas oublier que le séjour au lit affaiblit beaucoup ceux qui y sont astreints. On devra procéder à ce premier lever avec ménagement, et ne pas permettre à la femme de rester hors du lit jusqu'à ce qu'elle en éprouve de la fatigue. On consultera toujours ses forces pour apprécier le temps pendant lequel elle doit rester levée, et l'on en augmentera la durée graduellement tous les jours.

Alors même que l'on permet à la femme de quitter le lit, on ne saurait en conclure qu'elle puisse sortir de ses appartements ou de sa maison. Pendant les premiers jours, au contraire, elle restera dans sa chambre, assise dans un fauteuil ou étendue sur un divan ; puis on lui permettra de parcourir ses appartements, en évitant avec le plus grand soin toute cause de refroidissement. On ne saurait trop insister sur cette précaution : on ne doit pas oublier que l'atmosphère relativement chaude dans laquelle on a tenu l'accouchée, a créé chez elle une sensibilité excessive à l'impression du froid. Elle ne devra se hasarder à aller dehors que vers le trentième jour. On choisira un jour réunissant les conditions suivantes : température douce sans humidité, temps serein. On préférera l'heure de midi, en hiver. En été, on choisira surtout le soir après le coucher du soleil ; le matin le temps est trop frais.

On se gardera, comme on le fait quelquefois, de consacrer sa première visite à l'église ; cette coutume est condamnée par l'hygiéniste, qui y voit une cause de refroidissement dangereux.

Dans quelques localités, la coutume veut que la mère assiste au festin de baptême ; on exige qu'elle tienne son enfant entre ses bras pendant tout le temps du repas : « Cela lui portera bonheur », disent les commères. Cette pratique absurde est souvent suivie d'accidents. Le médecin fera bien d'en prévenir le mari ; la mère est trop souvent portée à se sacrifier pour son enfant, même en présence du préjugé le plus grotes-

que. Si l'on tient absolument à ce que la mère assiste à la fête, et plus que tous elle en a le droit, on n'a qu'à éloigner l'époque du baptême, jusqu'à ce qu'elle puisse sans inconvénient, et le médecin appréciera, supporter sans danger les fatigues qui peuvent en résulter.

§ V. — Hygiène morale.

Il faut à l'accouchée le repos de l'esprit aussi bien que le repos du corps. Toutes les émotions vives de joie ou de tristesse devront être soigneusement évitées, et l'on ne doit pas oublier que des causes, insignifiantes en toute autre circonstance, produisent dans cet état une surexcitation aussi fâcheuse qu'inattendue. On éloignera tous les commérages que les voisines ou amies viennent faire avec beaucoup trop d'empressement autour du lit de l'accouchée. C'est à qui racontera le mieux tous les tours qu'elle a joués à son médecin, ou le peu de soin qu'elle a pris d'elle-même pendant ses couches ; et ces propos malheureux, que la sottise de certaines femmes peut seule excuser, sont souvent le point de départ d'imprudences que la pauvre mère paye de sa vie ou de longues années de souffrance ; punition bien sévère pour un léger caprice : il est si bon de tromper son médecin !

Une condition du repos du corps est le repos des sens. Aussi conseille-t-on quelquefois de tenir la femme dans une demi-obscurité. Nous avons dit ailleurs pourquoi nous rejetions cette pratique aussi longtemps que la femme n'en ressent aucune fatigue. La lumière apporte une certaine gaieté sur tous les objets qui nous entourent ; il en résulte une distraction de l'esprit qui fait oublier à la femme les longues heures d'un repos forcé. Dans le cas où elle se sentirait fatiguée ou éprouverait le besoin de dormir, on n'aurait qu'à fermer les rideaux ou les persiennes.

Si le soleil est un visiteur agréable et produit sur nous des sensations favorables, il n'en est plus de même du bruit. Aussi faudra-t-il veiller à ce que la femme soit absolument étrangère aux accidents de la rue. Les Romains, pour éloigner de leur maison toute cause de troubles, suspendaient une couronne au-dessus de leur porte : les chars se détournaient de leur route à la vue de cette couronne. Déplorons la perte d'une aussi sage coutume.

Les passions agissent avec la plus grande énergie, et l'on a vu une trop grande joie, aussi bien qu'une douleur profonde, survenant brusquement, amener une excitation telle, qu'un anéantissement complet et la mort en ont été la conséquence. Aussi avec quelle prudence faudra-t-il annoncer à la femme toute nouvelle de nature à produire l'un ou l'autre mouvement! Nous laissons à la tendresse du mari, et à la délicatesse du médecin, le soin de s'acquitter d'une pareille tâche et de mettre à profit toutes les circonstances que chaque cas peut présenter.

C'est ainsi que l'on prendra de grandes précautions pour annoncer à la mère la mort de son enfant. Souvent, en effet, quoi qu'on fasse, on ne peut lui cacher longtemps la triste réalité. Sa première demande, celle sur laquelle elle revient avec insistance, c'est qu'on lui donne son enfant, qu'elle veut serrer dans ses bras.

Que le médecin ou la sage-femme s'arment alors de la plus grande habileté, et par des insinuations doucement ménagées, arrivent à la mettre sur la voie de la réalité. Mise ainsi progressivement au courant, l'imagination se monte peu à peu, l'esprit se prépare pour ainsi dire à recevoir le choc, l'impression est moins forte ; la femme pleure, tout accident immédiat est conjuré. L'amitié et le temps feront le reste.

Si l'enfant a des défauts, on les dérobera soigneusement à la mère ; on ne les lui dévoilera que le plus tard possible. De

même que l'on doit éviter toute impression de douleur vive et brusque, de même aussi on éloignera tout sujet de joie poussée à l'excès ; ces faits sont plus rares, mais ils peuvent se présenter. Un frère, un père, un époux, etc., que l'on croyait morts dans un voyage ou une expédition, peut arriver à l'improviste!...

Ce que nous disons de la joie et de la douleur, nous le disons de toutes les autres passions, la crainte, la douleur, la colère, etc. Ne jamais raconter devant une accouchée la mort d'une femme en couches: il faut qu'elle n'ait aucune inquiétude sur son état.

N'oublions pas enfin que si les passions vives produisent des accidents immédiats, les émotions lentes, dépressives, telles que la tristesse, les chagrins, les soucis, quoique agissant d'une manière moins rapide, n'ont pas une influence moins funeste. On évitera donc avec soin tout ce qui pourrait les produire ou les raviver. C'est ainsi qu'on se gardera de lui apprendre la mort d'un membre de la famille ou de toute autre personne qui lui était chère.

Il y a des mères tendres, de véritables mères, celles-là, qui, malgré l'impossibilité où elles sont de nourrir, voient s'éloigner avec la plus profonde tristesse l'enfant que l'on confie aux soins d'une nourrice étrangère. De là un sujet fréquent de douleur cachée pour la mère, qui finit par la faire dépérir. La sollicitude du mari, éveillée souvent par la sagacité du médecin, doit arrêter un cours d'idées aussi fâcheux. On tâchera de faire comprendre à la mère que c'est dans l'intérêt de son enfant qu'on les a séparés l'un et l'autre. On ne doit jamais, dans ces conditions, lui parler de son intérêt personnel, car elle se persuaderait très-vite que c'est pour elle seule qu'on lui a enlevé son enfant.

Les rapprochements sexuels, qui s'accompagnent de sensations voluptueuses et de phénomènes congestifs du côté des

organes de la génération, doivent être interdits à ce double point de vue. Des hémorrhagies mortelles ont été la conséquence de la violation de cette règle. On ne permettra pas le coït avant la sixième semaine, époque à laquelle reparaît, chez la femme qui n'allaite pas, l'écoulement menstruel, et par conséquent l'aptitude à la fécondation.

Nous terminons ici ce qui a trait à l'hygiène proprement dite. Nous avons vu que beaucoup de précautions doivent entourer la nouvelle accouchée. Il ne sera pas inutile de faire appel à toutes les ressources de l'amour ou de l'amitié ; et souvent le médecin, usant d'une autorité que lui donnent la science et l'expérience, saura imposer une volonté inflexible pour l'exécution de certaines prescriptions.

CHAPITRE III

SOINS QUE RÉCLAMENT LES PHÉNOMÈNES PUERPÉRAUX AINSI QUE QUELQUES COMPLICATIONS DES SUITES DE COUCHES

§ I. CONTRACTIONS UTÉRINES

Inertie et tranchées.

Les contractions de l'utérus varient selon leur énergie plus ou moins grande. La matrice ne se contractant que faiblement ou pas du tout est dite en *état d'inertie*; au contraire, lorsqu'elle se contracte fortement, des douleurs particulières surviennent auxquelles on a donné le nom de *tranchées*, ainsi que nous l'avons dit.

L'inertie de l'utérus peut donner lieu à des hémorrhagies, et l'on peut dire que c'est la cause la plus fréquente de celles qui surviennent, soit pendant la délivrance, soit après. On reconnaîtra cet état de l'organe gestateur par la palpation abdominale : l'utérus, au lieu d'apparaître sous la forme d'une tumeur arrondie, dure, et revenu sur lui-même, est mou et plus volumineux qu'il ne devrait être. Si l'inertie survient avant que la délivrance ne soit achevée, on la combat en excitant les contractions utérines par des frictions sur l'abdomen et par des titillations du col. Si une hémorrhagie survient, on se hâte d'extraire artificiellement le placenta, et alors, mais alors seulement, on donne l'*ergot de seigle*, dont l'action simultanée sur les fibres lisses de l'utérus et sur les parois des vaisseaux, produit rapidement l'arrêt de l'écoulement du sang, 10 à 20 minutes après son administration.

Les contractions douloureuses de l'utérus, quand elles ne sont pas trop violentes ni trop prolongées, ne donnent lieu à aucune

indication ; elles facilitent le dégorgement en expulsant les caillots ou les débris de membranes. Mais il arrive que les tranchées, au lieu de présenter une intensité moyenne ou une durée ordinaire, sont très-douloureuses ou persistent très-longtemps. Nous leur avons assigné différentes causes, à chacune desquelles correspond une indication. Quand elles sont entretenues par la présence du sang, elles sont suivies d'un écoulement plus abondant. « S'il ne sort rien, dit M. Joulin, on peut presque affirmer que les contractions sont dues à des débris de placenta. » Dans l'un et l'autre cas, le moyen de les faire cesser est d'exagérer leur action par des frictions sur l'abdomen, des titillations du col ou l'administration de l'ergot de seigle. On examinera l'état des organes voisins, afin de s'assurer que par leur compression ils n'irritent pas l'utérus. Dans le cas où l'engorgement de ces viscères serait reconnu, le cathétérisme ou un lavement laxatif amèneraient le soulagement désiré. Enfin, si les tranchées tiennent à une irritabilité trop grande de la matrice, on donnera quelques lavements avec cinq ou six gouttes de laudanum ; on les répétera jusqu'à ce qu'on ait obtenu la cessation de la douleur.

Il y a encore d'autres tranchées de nature réflexe et qui ont pour cause les sympathies qui unissent l'utérus et les mamelles ; elles se produisent sous l'influence de la succion du mamelon par l'enfant, et elles se répètent quelquefois avec une opiniâtre persévérance chaque fois que l'enfant prend le sein ; elles peuvent être assez vives pour arracher des cris à la mère. On essayera les antispasmodiques, les stupéfiants.

§ II. Des lochies.

Nous avons indiqué, dans le chapitre consacré aux soins immédiats, la manière de garnir la vulve ; il nous reste à indiquer les soins de propreté que réclame l'écoulement lochial :

des lotions répétées trois ou quatre fois par jour préviendront l'inflammation de la vulve et l'érythème des parties voisines. On a aussi conseillé des injections vaginales simplement détersives. Ces injections, après un accouchement normal, n'ont pas d'inconvénients ; mais il n'en est pas de même après ceux qui ont nécessité une intervention plus ou moins sérieuse, qui peut avoir été accompagnée de perforations du vagin, comme nous en avons vu un exemple après l'application du céphalotribe. On conçoit tous les dangers qui résulteraient de l'introduction du liquide dans la cavité péritonéale. On proscrivait autrefois l'usage de liquides astringents, qu'on accusait de troubler l'écoulement lochial. Cette assertion n'a pas plus de valeur que celle qui attribue à l'eau vineuse des propriétés tonifiantes.

Les lochies n'ont pas toujours une marche aussi régulière que celle que nous avons décrite. L'écoulement sanguin peut continuer ou se montrer à différentes périodes. Les lochies blanches subissent aussi des altérations qui donnent lieu à des indications spéciales. Nous allons examiner rapidement ces quelques faits, qui ne rentrent pas encore dans le domaine de la pathologie.

La persistance de l'écoulement en dehors des phénomènes congestifs peut tenir à l'inertie de l'utérus. Le seigle ergoté fait rapidement cesser l'hémorrhagie.

Il arrive le plus souvent que la production de l'écoulement sanguin est due à ce que la femme s'est levée trop tôt ; on doit alors la condamner au repos absolu dans la position horizontale. Les hémorrhagies tenant à la pléthore doivent, d'après ce que nous avons dit de l'état du sang chez l'accouchée, être excessivement rares ; cependant, d'après Cazeaux, elles peuvent exister : elles s'accompagnent alors de plénitude du pouls ; la peau est chaude ; il y a quelques mouvements fébriles le soir ; le sommeil est agité, il n'y a pas d'appétit, la langue est souvent chargée. Cazeaux recommande alors une saignée du bras.

On doit être très-réservé dans l'emploi de ce moyen. Il serait plus prudent d'employer l'ipéca, ainsi que le conseille Trousseau. La plupart du temps ces symptômes tiennent, en effet, à l'existence d'un embarras gastrique.

Des inflammations de la muqueuse utérine ou de parties circonscrites du péritoine sont encore des causes d'hémorrhagie. Dans ces cas, il y a toujours des phénomènes douloureux, un mouvement fébrile plus ou moins prononcé. Le traitement de l'hémorrhagie se confond avec celui de la cause. Enfin l'écoulement sanguin tient encore quelquefois à une ulcération du col ayant succédé aux déchirures produites par l'accouchement et qu'une cause quelconque a empêchées de se cicatriser. Aussi Cazeaux recommande-t-il l'examen au spéculum quand on ne peut attribuer l'hémorrhagie à une des causes précédemment énumérées. — Si l'on découvre une ulcération, on n'aura qu'à la traiter par des cautérisations au nitrate d'argent, et l'hémorrhagie disparaîtra avec la cause.

La débilité est encore regardée comme une cause d'hémorrhagie ; dans ce cas on administrera les toniques, le quinquina, l'iodure de fer.

Les lochies blanches ou purulentes deviennent parfois excessivement abondantes et séreuses ; elles acquièrent en même temps une odeur forte et repoussante ; au lieu d'avoir la teinte blanc laiteux, elle prennent une teinte roussâtre. Leur quantité peut être tellement augmentée qu'un véritable jet s'échappe par la vulve (Cazeaux). Elles sont âcres, et leur contamination enflamme la vulve et les parties voisines. Cette altération est le plus souvent liée à la débilité et au tempérament lymphatique. On emploiera donc un traitement général tonique et un traitement local : des injections toniques et aromatiques d'infusion de camomille ou de décoction de quinquina seront poussées plusieurs fois par jour dans le vagin.

Les investigations cadavériques ont permis de constater que

dans ces cas la surface interne de la matrice est recouverte d'une couche de détritus pultacé, grisâtre, putride, surtout abondant sur les inégalités de la surface d'insertion du placenta, où l'on peut toujours constater un grand nombre de globules purulents. En présence de ces altérations, on a songé à déterger la cavité utérine à l'aide d'injections désinfectantes, et les auteurs qui préconisent ce moyen, Stoltz, Hervieux, assurent avoir obtenu des succès à peu près constants.

On a reproché à cette méthode d'exposer les femmes à dcs péritonites résultant du passage, à travers les trompes, des liquides injectés. Richet, admettant que le calibre de la trompe est oblitéré à l'état normal par la contraction des fibres lisses, regarde comme impossible un pareil accident. Il se base sur les expériences de M. Guyon, qui, sur des cadavres, n'a jamais réussi à pousser du liquide dans la cavité abdominalc à travers les trompes. De plus, M. Richet cite deux observations où des accidents se sont produits alors qu'il n'était pas possible d'admettre que l'injection, poussée avec précaution dans le vagin seulement, eût pénétré dans la cavité abdominale ; il en conclut que les complications que l'on a observées à la suite des injections pourraient bien reconnaître unc toute autre cause que l'irritation du péritoine par le liquidc tombé dans la cavité abdominale. M. Courty n'est pas de cet avis ; il admet la perméabilité facile de la trompe et la possibilité à une injection d'arriver jusqu'à l'orifice abdominal de cet organe.

Cette différence d'opinions entre deux savants égalcment éminents, doit nous engager à une grande réserve, et si, pressé par les menaces d'unc résorption putride, nous nous décidons à pousser une injection dans l'utérus, nous devons agir avec la plus grande prudence. La sonde à double courant de Stoltz, dont le tube adducteur est terminé en pomme d'arrosoir et permet ainsi de laver toute la surface de l'utérus, sera préférée à celle d'Avrard, qui ne présente qu'une seulc ouverture.

M. Stoltz assure qu'avec cette algalie il n'a jamais eu à déplorer d'accidents; Hervieux a obtenu les mêmes succès. Ces injections sont ou simplement détersives, eau tiède, infusions aromatiques (camomille), ou légèrement astringentes (eau de feuilles de noyer), ou antiseptiques (chlorure de chaux, hyposulfite de soude). On les continue jusqu'à ce que la nature de l'écoulement lochial soit modifiée favorablement.

On attribuait autrefois à la suppression des lochies la plupart des maladies qui frappent la femme en couches. Aujourd'hui on regarde ce phénomène comme résultat et non comme cause de ces maladies. Cependant, il ne faut pas prendre cette proposition d'une manière absolue, car on s'accorde à reconnaître que la résorption des lochies peut donner lieu à des maladies infectieuses ; mais ces faits n'ont rien de commun avec la suppression ordinaire des lochies. Lorsqu'à la suite d'une émotion vive ou d'une syncope, les lochies auront été arrêtées, il sera prudent de les rappeler en appliquant sur la vulve des linges chauffés, et des cataplasmes sur la partie inférieure du ventre.

§ III. Lactation

Sans attribuer à la femme qui n'allaite pas les maladies dont on la gratifiait autrefois, et tout en accordant même qu'elle s'évite ainsi bien des desagréments, nous pensons que celle qui accomplit son devoir jusqu'au bout, obéissant aux lois de la nature, a bien mieux mérité le doux nom de mère. Et si nous ne pouvons invoquer l'intérêt de la mère elle-même pour l'engager à nourrir son enfant, nous trouvons des raisons plus que suffisantes dans les soins nécessaires qu'une mère seule sait prodiguer à la frêle créature à laquelle elle a donné le jour. Si l'on peut pallier jusqu'à un certain point, par une nourrice que l'on a auprès de soi, les déboires qui attendent l'enfant que l'on confie à des

mains étrangères, jamais la sollicitude d'une femme qui vend son lait ne remplacera celle d'une mère. C'est un triste spectacle de voir la compagne de l'homme abandonner quelquefois avec une si déplorable facilité son enfant à des mains mercenaires, alors que les femelles des animaux combattent jusqu'à la mort celles qui (quoique de même espece), tentent d'enlever leur progéniture. On a peine à comprendre comment elle se résout aussi facilement à partager le titre le plus noble qu'elle puisse envier ; qu'elle sache bien, en effet, que celle qui a veillé sur les premiers jours de cet être chétif, qui lui a donné le lait de son sein, a peut-être des droits supérieurs au beau nom de mère.

Bien des réflexions seraient à faire sur ce sujet ; mais, comme il s'agit plutôt de l'intérêt de l'enfant que de celui de la mère, nous n'y insisterons pas davantage. Le médecin, qui a besoin souvent d'être philosophe, saura faire valoir ces raisons « toutes » les fois, bien entendu, que l'allaitement maternel est inoffensif » pour la mère et avantageux pour l'enfant. » (1)

Fort heureusement elles sont rares les mères qui, offrant toutes les garanties de bonnes nourrices, se séparent ainsi volontairement de leur enfant, et l'on trouve en bien plus grand nombre celles qui ne cèdent que devant les prescriptions de leur médecin ou les exigences de leur position. La tâche de l'hygiéniste se borne à discuter les conditions dans lesquelles il est possible, au point de vue médical, qu'une femme allaite ou non son enfant.

Nous allons examiner rapidement les diverses conditions qui devront empêcher la femme de nourrir son enfant. Mais hâtons-nous de dire qu'on ne saurait exiger pour une mère les conditions qu'on veut trouver chez une nourrice. L'enfant qui a vécu jusqu'à la naissance aux dépens du sang maternel s'accommode très-bien d'un lait qui serait un mauvais aliment

(1) Fonssagrives, *Entretiens familiers sur l'hygiène.*

pour tout autre que lui. Voici ce que dit à ce sujet M. Donné :

« Si l'on ne devait accorder la faculté de nourrir qu'aux » mères douées d'une force et d'une santé telles que celles » que l'on recherche dans les nourrices étrangères, il faudrait » à peu près renoncer à voir les femmes du monde allaiter ja- » mais leur enfant. Rien n'est plus commun que de voir, à » Paris même, des femmes d'une force moyenne, dont la santé » n'est pas toujours à l'abri d'une foule de ces petits inconvé- » nients inhérents à une certaine position sociale, posséder » néanmoins les qualités essentielles comme nourrices, et allai- » ter avec le plus grand succès sans éprouver *aucune détério- » ration de leur propre santé*. Il serait assurément fâcheux, » et pour la mère et pour l'enfant, de contrarier le penchant » que ces femmes ont à nourrir... On doit également s'éloi- » gner, en pareille matière, d'un esprit de système exclusif, fa- » vorable ou défavorable à l'allaitement maternel ; mais on » doit dire que la présomption doit d'abord être en faveur de » la mère (1). »

Nous adoptons complétement cette manière de voir ; mais il est des cas où la mère, malgré la meilleure volonté du monde, ne saurait donner qu'un mauvais lait à son enfant. Ainsi, lorsqu'il s'agit de ces femmes impressionnables chez qui la moindre cause provoque des émotions violentes, il sera bon de les détourner de leur inclination à nourrir. On sait que, sous l'influence des émotions, le lait subit des modifications encore mal définies, qui ont pu déterminer la mort subite de l'enfant. Nous en dirons autant de celles qui sont atteintes de diathèses héréditaires ou acquises, la tuberculose, le cancer, la scrofulose, l'herpétisme.

La prédominance, à un certain degré du système lymphatique, peut aussi contre-indiquer l'allaitement dans l'intérêt de

(1) Donné, *Conseils aux mères*, pag. 45 et suiv.

l'enfant. Quelques difficultés matérielles tiennent encore aux malformations du sein, au défaut de saillie du mamelon. La plupart du temps on remédiera à cet obstacle à l'aide de divers moyens. On a conseillé la succion faite par une personne, ou à l'aide de divers appareils à aspiration. Chailly recommande l'usage d'un chapeau de buis auquel il a dû des succès presque constants. Comme ces soins doivent être pris pendant la grossesse, nous ne faisons que les signaler. Un instrument qui pourrait rendre quelques services pendant les premiers temps de l'allaitement, lorsqu'on n'a pas eu la précaution de remédier aux malformations du mamelon pendant les derniers temps de la grossesse, est la téterelle Thiers. Elle permet d'aspirer le lait qui vient s'accumuler dans un flacon-biberon où l'enfant peut téter.

Telles sont, en résumé, les conditions défavorables à l'allaitement maternel. Il nous faut maintenant examiner quels soins réclame l'allaitement pendant les suites de couches.

Malgré l'avis de Depaul, nous croyons qu'il vaut mieux mettre l'enfant au sein de bonne heure. En vain prétend-on que le sirop de chicorée peut remplacer le colostrum pour faciliter l'évacuation du méconium. Nous croyons qu'un produit aussi naturel que le colostrum, dont la composition ne s'éloigne guère de celle du lait, est préférable à tous les autres purgatifs. Ce n'est pas la seule raison qui, du reste, nous engage à conseiller une telle pratique. On a remarqué, en effet, que lorsqu'on fait téter l'enfant avant la fièvre de lait, celle-ci n'est jamais aussi forte et souvent ne s'établit pas, ainsi que l'ont constaté Chailly-Honoré, Stoltz, Nægele, etc. Aussi conseillerons-nous de donner le sein à l'enfant dès que la femme sera un peu reposée, c'est-à-dire de trois à six heures après la délivrance.

On aura soin de maintenir les mamelles dans une douce chaleur, sans les tenir trop chaudement ; car, la femme étant obligée de les découvrir souvent, s'exposerait à des refroidis-

sements pouvant amener, outre des complications pulmonaires, des engorgements ou des inflammations du sein. Pendant la montée de lait, si les mamelles sont volumineuses et douloureuses, on fera bien de les maintenir soulevées avec deux fichus dont chacun, passant sous une mamelle, sous l'épaule du même côté et sur celle du côté opposé, s'entre-croise avec l'autre en arrière du cou et en avant sur la poitrine. La femme aura grand soin, quand elle donnera à téter, de ne se découvrir que le moins possible et d'éviter tout refroidissement. Lorsque l'enfant quittera le sein, elle essuyera avec précaution le lait et la salive qui mouillent le mamelon et l'aréole.

Les gerçures du mamelon ne reconnaissent le plus souvent d'autre cause que l'irritation produite par le lait, qui s'aigrit au contact de l'air. On fera bien, afin d'être sûr que toute trace de lait a disparu, de laver le sein avec une éponge ou un linge imbibé d'eau tiède dans laquelle on peut introduire une certaine quantité de rhum, ou avec de la décoction de feuilles de noyer, et de bien essuyer ensuite. Malgré ces précautions, si ces accidents se produisaient, on les combattrait par des moyens appropriés : le mucilage de coings (cinq ou six graines de coing sur lesquelles on jette une cuillerée d'eau bouillante : Chailly), le baume de cacao, les bouts de sein artificiels, la cautérisation avec une solution au 1/10 de nitrate d'argent. Quant à l'engorgement des mamelles connu sous le nom vulgaire de *Poil,* on réussira à en amener la résolution, en plaçant l'enfant au sein, lorsque la femme nourrit, ou en dégorgeant la mamelle avec des téterelles, en appliquant des cataplasmes émollients et en faisant des onctions résolutives avec le liniment ammoniacal camphré. Quelques légers purgatifs salins auront aussi un bon effet.

La femme qui ne veut pas allaiter ne devra pas présenter le sein à l'enfant ; ce serait exciter l'établissement de la sécrétion lactée. La plupart du temps, elle n'aura pas d'autres précautions à prendre ; cette sécrétion s'arrêtera d'elle-même au bout de

huit à quinze jours, lorsqu'elle ne sera pas entretenue par les excitations que détermine la succion du mamelon.

Cependant, au moment de la fièvre de lait, les seins se gonflent, deviennent plus ou moins douloureux ; la femme demande alors au médecin de faire disparaître son lait. On pourra accorder l'infusion de canne de Provence, dont la réputation vulgaire satisfait l'impatience de l'accouchée, et dont l'innocuité absolue place le médecin à l'abri de toute crainte.

Il arrive souvent que la sécrétion, au lieu de diminuer, continue à se faire abondamment. On est alors obligé d'avoir recours aux moyens dits anti-laiteux; tels sont les purgatifs salins (sulfate de soude, à la dose de 30 à 32 gr. en deux fois, délayé dans du bouillon de veau); le petit-lait de Weis est encore employé avec succès.

Il peut encore arriver que ces moyens échouent ; on a alors vanté l'iodure de potassium. Enfin, on trouve de ces galactorrhées qui, par teur ténacité, semblent défier toutes les ressources de l'art. Dans ces cas, M. Joulin cite plusieurs faits où il s'est bien trouvé de l'emploi de l'agaric blanc. Ce praticien résume ainsi le mode d'emploi de ce médicament.

« L'agaric est administré à la dose de 1 gram. pris en quatre fois dans la journée. En cas d'insuffisance d'action, on » irait jusqu'à 1 gram. et demi. Il n'est pas nécessaire qu'il » produise l'effet purgatif. On diminuerait la dose, s'il se manifestait de la diarrhée. Le plus souvent il fait naître quelques coliques dont on n'a pas à s'inquiéter. On poursuit l'usage du médicament pendant quelques jours après que la » sécrétion lactée est arrêtée, en diminuant progressivement la » dose. »

Evacuations. — La constipation est habituelle après l'accouchement, et le cours des matières fécales ne se rétablit régulièrement que d'une manière lente. Si chez la femme sou-

mise à la diète on peut rester jusqu'au sixième ou au huitième jour sans s'occuper de cette constipation, il n'en est pas de même chez celle à qui l'on donne une nourriture plus ou moins abondante. La rétention des matières après l'accouchement tient à la paralysie du rectum, suite de la compression exercée par le passage de la tête de l'enfant. Il suffira d'exciter les contractions à l'aide de lavements simples, qui agiront encore en délayant les matières durcies. On s'abstiendra de purgatifs pendant les premiers jours. On ne les emploiera que si la constipation persistait, ou si, le besoin d'aller du corps se faisant sentir, la femme était obligée de faire des efforts. On donnerait alors un lavement avec le miel de mercuriale, ou un purgatif léger, le séné, par exemple. M. Joulin s'est toujours bien trouvé d'un lavement composé de : Eau, 500 gram., et chlorure de sodium 40 gram.

La rétention d'urine est aussi un phénomène fréquent qui accompagne l'accouchement. Il reconnaît encore pour cause la compression de la vessie contre le pubis ct les parois abdominales ; il en résulte une perte de contractilité de l'organe. La vessie, distendue par l'urine, refoule en haut et en arrière l'utérus, qui peut ainsi être remonté jusque dans l'hypochondre.

Cette action, signalée par Stoltz, est quelquefois l'occasion de troubles dans l'écoulement lochial. Du malaise, de la fièvre, de l'agitation, peuvent accompagner la rétention d'urine, et l'on voit tous ces symptômes disparaîtrc par le cathétérismc.

Cette petite opération n'offre aucun danger ; on ne doit pas négliger de la pratiquer dès qu'on s'apercevra du séjour de l'urine dans la vessie. On interrogera la femme pour savoir si elle a uriné ; et si, dans les sept à huit heures qui suivent l'accouchement, elle n'avait pas évacué d'urine, on la sonderait. Il est rare qu'une seule opération suffise ; la vessie ne reprend sa fonction qu'au bout de trente-six à quarante-huit heures. On la renouvellera par intervalles de sept à huit heures. Une sonde

longue, portant l'urine plus loin qu'une sonde courte, permet de placer plus facilement un bassin entre les cuisses de la femme ; pour cette raison, on préférera le cathéter d'homme à courbure courte.

Nous terminons ici notre travail. Puissions-nous avoir fait preuve d'un jugement droit et sain dans la solution des questions, quelquefois délicates, que nous avons examinées.

FIN.

Vu permis d'imprimer :
Le Président censeur,
DUMAS.

Vu et approuvé :
Le Recteur,
BOUISSON.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie.

Du mercure et de ses préparations chimiques et pharmaceutiques.

Physique médicale.

Des applications de l'électricité à la médecine.

Botanique et Histoire naturelle médicale.

Indiquer les principes sur lesquels repose la méthode.

Anatomie.

Quelle est la texture du cristallin?

Physiologie.

Nerfs vaso-moteurs.

Pathologie et Thérapeutique générales.

Nécessité de distinguer les diverses modalités des causes.

Pathologie médicale ou interne.

Qu'est-ce-que le lymphatisme ?

Pathologie chirurgicale ou externe.

Des fractures de la clavicule.

Thérapeutique et Matière médicale.

Des indications dans les maladies simples.

Opérations et Appareils.

Du traitement de l'inversion utérine.

Médecine légale et Toxicologie.

Appréciation des moyens docimasiques proposés jusqu'à ce jour.

Hygiène.

Du revêtement des chaussées des villes et du drainage de leur sous-sol.

Accouchements.

Quelles sont les influences de l'avortement sur l'avenir de la femme?

Clinique interne.

Caractères cliniques de la phthisie galopante.

Anatomie pathologique et Histologie.

De la dégénérescence graisseuse.

Clinique externe.

Des indications de la lithotritie.

Histoire de la Médecine.

De la fièvre selon Galien et Boerhaave.

Titre de la Thèse à soutenir.

Des soins que réclame la femme en couches.

FACULTÉ DE MÉDECINE

PROFESSEURS

MM.	
BOUISSON, Doyen. *Examin.*	*Opérations et appareils.*
BOYER ✵. ✠	*Pathologie externe.*
DUMAS ✵. ✠, ✵, Présid.	*Accouchements.*
FUSTER ✵, ✠.	*Thérapeutique et matière médicale.*
MARTINS, O.✵,✠✠.	*Botanique et Histoire Naturelle médic.*
DUPRÉ ✵ C. ✠.	*Clinique médicale.*
BENOIT ✵ ✠	*Anatomie, Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.*
ANGLADA ✵	*Pathologie médicale.*
COURTY ✵.	*Clinique chirurgicale.*
BÉCHAMP ✵✠	*Chimie médicale et pharmacie.*
ROUGET ✵.	*Physiologie.*
COMBAL ✵,	*Clinique médicale.*
FONSSAGRIVES, O.✵✠✠✠✠✠	*Hygiène.*
CAVALIER.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
MOITESSIER ✵.	*Physique médicale.*
ESTOR.	*Anatomie patholog. et Histologie.*
JAUMES. O. ✵ ✠.	*Médecine légale et Toxicologie et Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.*
DUBRUEIL ✵	*Clinique chirurgicale.*

CASTAN, agrégé.	*Histoire de la médecine.*

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.
BOURDEL, *Examin.*
PECHOLIER.
JACQUEMET.
CASTAN.
SAINTPIERRE.
GARIMOND.
VIGNAL.
BERTIN.

MM.
SABATIER ✵.
SICARD.
MASSE,
HAMELIN.
GRYNFELTT. *Examin.*
DE GIRARD.
EUSTACHE,
SERRE.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbatien.

SERMENT

—

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque!
